

RICHTLIJN

ÉÉN LIJN IN DE EERSTE LIJN BIJ OVERSPANNING EN BURNOUT

Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals



Colophon

september 2011

© 2011 LVE, NHG, NVAB. Alle rechten voorbehouden

Trefwoorden: chronische overspanning, overspannen, burnout, behandeling, richtlijn

© 2011, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)

Postbus 9503,
1006 GA AMSTERDAM

T 020-667 53 15

W www.lve.nl

E info@lve.nl

© 2011, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Postbus 3231
3502 GE UTRECHT

T 030-2823500

W www.nhg.artsennet.nl

E info@nhg.artsennet.nl

© 2011, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

Postbus 2113
3500 GC Utrecht

T 030-2845750

W www.nvab-online.nl

E kwaliteitsbureau@nvab-online.nl

Auteurs

Mw. drs. C. M. (Cokkie) Verschuren, eerstelijnspsycholoog en A&O deskundige, namens de LVE: inhoudelijke eindredactie

Mw. dr. A.P. (Noks) Nauta tot 1 april 2009, bedrijfsarts en psycholoog, namens de NVAB: projectleider

Mw. drs. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen, vanaf 1 april 2009, bedrijfsarts, namens de NVAB: projectleider

Dhr. dr. B. (Berend) Terluin, huisarts, namens het NHG

Dhr. dr. A.A. (Lex) Vendrig, klinisch psycholoog, namens de LVE

Dhr. dr. M.J.P.M. (Marc) Verbraak, klinisch psycholoog, namens de LVE

Dhr. S. (Sander) Flikweert †, huisarts, projectleider NHG tot mei 2008

Mw. dr. J.A. (Jean) Vriezen, medisch antropoloog, namens het NHG

Mw. dr. I. (Iwona) van Zanten-Przybysz tot 15 september 2008, bedrijfsarts, namens de NVAB

Mw. drs. M.A.J.M (Monique) Loo vanaf 15 september 2008, bedrijfsarts, namens de NVAB

Bureauredactie

Mw. M. (Marian) Lebbink, Kwaliteitsbureau NVAB

Ontwerp en opmaak

CO3 (T van Lieshout)

Coverfoto

IngImage

INHOUD

INHOUD	3
VOORWOORD	5
1 ALGEMENE INLEIDING	7
1.1 Doel van richtlijnontwikkeling	7
1.2 Aanleiding	7
1.3 Uitgangspunten	8
1.4 Definities	9
1.5 Afstemming	9
1.6 Gebruik van de literatuur	9
1.7 Doelgroep	10
1.8 Gebruikers van de richtlijn	10
1.9 Leeswijzer	10
1.10 Direct betrokkenen bij de richtlijnontwikkeling	11
1.11 Werkwijze	12
1.12 Implementatie	12
1.13 Vernieuwing	13
1.14 Autorisatie	13
1.15 Juridische betekenis van richtlijnen	13
1.16 Herziening	13
1.17 Belangenverstrengeling	14
2 EPIDEMIOLOGIE	15
Uitgangsvraag A	15
2.1 Literatuur	15
3 OVERSPANNING/BURNOUT: DEFINITIES	16
Uitgangsvraag B	16
3.1 Beschrijving literatuursearch en literatuurselectie	16
3.2 Samenvatting van de literatuur	16
3.3 Conclusies	19
3.4 Overige overwegingen	19
3.5 Aanbevelingen	21
3.6 Literatuur en websites	21
4 DIAGNOSTIEK	24
Uitgangsvraag D	24
4.1 Checklists	24
4.1.1 Probleemoriëntatie en eerstelijns diagnostiek	25
4.1.2 Werkhypothese	30
4.2 Vragenlijsten	30
4.2.1 Meten van het toestandbeeld van overspanning/burnout	30
4.2.2 Meten van contextfactoren bij overspanning	34
4.2.3 Persoonlijkheid en copinggedrag	36
4.3 Aanbevelingen	37
4.4 Literatuur	38

5	BEHANDELING	41
	Uitgangsvraag E	41
5.1	Beschrijving literatuursearch en literatuurselectie	41
5.2	Samenvatting van de literatuur	41
5.3	Medicamenteuze behandelingen	41
	5.3.1 Conclusies medicamenteuze behandelingen	42
	5.3.2 Overige overwegingen	42
	5.3.3 Aanbevelingen	42
5.4	Niet-medicamenteuze behandelingen	43
	5.4.1 Onderzoek naar de effectiviteit op verzuim	43
	5.4.1 Onderzoeken naar de effectiviteit op klachten	44
	5.4.2 Conclusies niet-medicamenteuze behandelingen	45
5.5	Overige overwegingen	45
5.6	Aanbevelingen	46
5.7	Literatuur	47
6	FACTOREN DIE FUNCTIEHERSTEL BEÏNVLOEDEN	49
	Uitgangsvraag F	49
6.1	Beschrijving literatuursearch en literatuurselectie	49
6.2	Samenvatting van de literatuur	49
6.3	Conclusies	50
6.4	Overige overwegingen	51
	6.4.1 Prognostische factoren in de omgeving	51
	6.4.2 Prognostische factoren in de persoon zelf	53
6.5	Aanbevelingen	55
6.6	Literatuur	55
7	SAMENWERKING	56
	Uitgangsvraag C	56
7.1	Inleiding	56
7.2	Behandelen, afstemmen en verwijzen bij overspanning en burnout	57
	7.2.1 Fasen-takenmodel	57
7.3	Overwegingen	62
7.4	Conclusies en aanbevelingen	63
	7.4.1 Behandeling	63
	7.4.2 Indicaties voor verwijzen	64
7.5	Literatuur	65
8	LITERATUUR ALGEMEEN	66
8.1	Literatuur bij algemene inleiding	66
8.2	Andere richtlijnen, codes en samenwerkingsafspraken aangaande psychische klachten en arbeid	67
8.3	Wettelijk kader	67
	BIJLAGEN	69
1	Bewijskracht	69
2	Evidence tabellen	71
	- Tabel bij hoofdstuk 3 Overzicht definities en termen die mogelijk synoniem zijn met de begrippen overspanning en burnout	71
	- Tabel bij hoofdstuk 4 Diagnostiek	74
	- Tabel bij hoofdstuk 5 Begeleiding en behandeling	80
	- Tabel bij hoofdstuk 6 Prognostische factoren voor functieherstel	84
3	Digitale informatiebronnen	90
4	Begrippen nader toegelicht	91

VOORWOORD

Deze multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout is tot stand gekomen na een intensieve periode van (literatuur)onderzoek, discussies binnen de projectgroep en de werkgroep en commentaar van experts en professionals uit de praktijk. De drie participerende beroepsverenigingen (de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen, het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde) hebben in dit document de huidige stand van de wetenschappelijke inzichten beschreven en aanbevelingen geformuleerd voor de dagelijkse praktijk. De hoofdlijnen van deze richtlijn zijn opgenomen in de herziene Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) overspanning en burnout. Met de LESA als basis kan de volledige multidisciplinaire richtlijn gebruikt worden als achtergronddocument.

De drie participerende beroepsgroepen hebben zich in de richtlijn beperkt tot het beschrijven van de rol van deze drie groepen. Het gaat daarbij niet om de huisarts en bedrijfsarts als persoon, maar om de huisartsvoorziening (waarin samen met de huisarts ook een praktijkondersteuner -POH GGZ- en doktersassistente werkzaam kunnen zijn), de bedrijfsartsvoorziening (waarin samen met de bedrijfsarts ook andere arboprofessionals werkzaam kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld de arbo- of bedrijfsverpleegkundige, de arbeids- en organisatiepsycholoog en de bedrijfsmaatschappelijk werkende) en de eerstelijnspsychologische zorg.

De beschikbaarheid van medische en niet-medische disciplines bij de behandeling van overspanning in de eerste lijn verschilt per regio. Het kan daarbij gaan om bedrijfsartsen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers, psychologen (eerstelijns-, gezondheids-, arbeids- en gezondheids-, en klinisch), psychotherapeuten, psychiaters, verpleegkundigen (arbo-, sociaalpsychiatrisch, praktijkondersteuners huisartsen, etc.). Per (sub)regio is de zorg- en hulpverlening op verschillende wijze geregeld. Dit document gaat niet inhoudelijk in op de participatie van en samenwerking met andere eerstelijns disciplines dan bedrijfsartsen, huisartsen en eerstelijnspsychologen. De middelen die beschikbaar waren voor het ontwikkelen van deze richtlijn lieten (helaas) geen uitbreiding toe naar meer participerende beroepsverenigingen of -groepen. De werkgroep is van mening dat de richtlijn wel kan dienen als basismodel voor samenwerkingsafspraken tussen andere eerstelijns disciplines die bij overspanning en burnout betrokken zijn.

Patiënten/cliënten/werknemers met overspanning en burnout zijn in de richtlijn afwisselend aangeduid met cliënt en patiënt om aan te sluiten bij de terminologie van de praktijk. In de update van de LESA is gekozen voor de gebruikelijke term patiënt. Vanuit het perspectief van de zorgverlener gaat het om eenvoudige klachten en problemen.

De patiënt vraagt om hulp en neemt verantwoordelijkheid voor zijn herstel. De zorgverlener ondersteunt de eigen initiatieven en (herstel)taken die de patiënt kan ondernemen om zijn of haar herstel te bevorderen.

Eerstelijnsgezondheidszorg is generalistische zorg en omvat algemeen medische, paramedische en farmaceutische zorg, verpleging en verzorging, niet-gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg, alsmede de aan deze vormen van zorg gerelateerde preventie en voorlichting. De zorg, gericht op de thuisverblijvende cliënt, wordt zo dicht mogelijk bij huis en zo nodig thuis verleend en is voor iedereen en voor ieder gezondheidsprobleem laagdrempelig bereikbaar (Gezondheidsraad, 2004). De eerstelijnszorg levert een bijdrage aan het gezond blijven van mensen. Het gaat dan om lichamelijke en psychische gezondheid en sociaal welbevinden (Klink, 2008).

De huisarts biedt hulp bij probleemverheldering, diagnostiek, therapie/begeleiding en verwijzen. De huisarts start vanuit de kennis van de patiënt, de (privé)omgeving en de wijze van omgaan met ziekten en problemen door de patiënt.

De eerstelijnspsycholoog biedt hulp en diagnose dicht bij huis met de cliënt als maatgever van de zorgvraag; hij heeft een geringe wachttijd tussen aanmelding en behandeling (maximaal 2 weken). Hij biedt in gemiddeld acht gesprekken generalistische psychologische hulp bij lichte tot matig ernstige klachten en heeft een voor de cliënt transparante en laagdrempelige werkwijze. De behandelingsaanpak is gericht op (terugval-)preventie en hij doet een sterk beroep op de gezonde kant van de cliënt om zwaardere hulp te voorkomen.

De bedrijfsarts handelt vanuit kennis van de beroepsrol, het bedrijf, de specifieke werkomstandigheden en de kennis over de wijze van omgaan met werknemers met (chronische) beperkingen al dan niet gebaseerd op ziekte en/of gebrek. Bedrijfsartsen hebben bij arbeidsverzuim een rol als procesbegeleider voor wat betreft de werknemer en diens werkcontext en zij onderhouden daartoe onder andere het contact met de werkgever en met relevante andere begeleidende en behandelende partijen. Wát er in dat contact wordt besproken moet de bedrijfsarts overleggen met de werknemer. De bedrijfsarts simuleert dat mensen gezond kunnen blijven functioneren in hun werk.

De context van de patiënt/cliënt speelt in deze richtlijn een belangrijke rol. In de richtlijn wordt waar mogelijk ook benoemd hoe deze context van belang is. Deze richtlijn legt de focus niet alleen op de zorg voor de individuele patiënt maar probeert waar mogelijk de verbinding te leggen met de context waarin deze cliënt participeert.

1 ALGEMENE INLEIDING

1.1 DOEL VAN RICHTLIJNONTWIKKELING

Het ontwikkelen van richtlijnen dient de kwaliteit van (keten) zorg. De cliënt wordt er beter van en de behandelaar ontleent er daadwerkelijk advies aan bij beslissingen in het behandelbeleid. Een multidisciplinaire richtlijn in de eerstelijns is een leidraad met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering volgens het stepped care principe.

Op basis van beschreven evidence zijn aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk en worden hulpmiddelen voor die praktijk aangereikt. De hoofdvraag die met deze richtlijn wordt beantwoord is:

Wat is thans de beste samenwerkende zorg voor cliënten met overspanning en burnout?

1.2 AANLEIDING

Psychische problematiek blijkt vaak een opmaat voor maatschappelijk disfunctioneren (Houtman 2005; Kruijshaar 2003; Bijl & Ravelli 2000). Het leidt onder andere tot arbeidsverzuim. Uit de literatuur blijkt dat na één jaar 20% of meer van de mensen die overspannen of burnout zijn nog steeds verzuimen (Bakker et al. 2007; Brouwers et al. 2006; Schröer 1993; Van Engers 1995). Verzuim door psychische klachten maakt het grootste deel uit van het totaal aantal dagen arbeidsverzuim in Nederland, nl. bijna 20%. De berekeningen laten zien dat dit niet komt door het aantal malen dat er om die redenen verzuimd moet worden; slechts 4% van alle verzuimmeldingen is op grond van psychische klachten. Het grote aandeel van arbeidsverzuim door psychische problemen in het totale aantal verzuimdagen komt door het aantal dagen dat per melding verzuimd wordt: 53 dagen gemiddeld. (Arbopalans 2009). Maar psychische problemen leiden ook tot verzuim in andere rollen. Afwezigheid van sociale participatie in de vorm van werk of andere rollen verhoogt de kans op toename van psychische klachten zoals depressie (Knipscheer et al. 2000). Het Sociaal Cultureel Planbureau (Timmermans et al. 2005) rapporteerde dat 7% van de mantelzorgers, 200.000 mensen, onder de druk van de mantelzorg bezwijkt onder andere als gevolg van psychische problematiek terwijl in toenemende mate een beroep op mantelzorg gedaan wordt (van den Berg 2005). Ook 18% uitval onder studenten in het hoger onderwijs (Timmers & Steenkamp 2009) als gevolg van psychische problematiek is van negatieve invloed op de mogelijkheid tot participatie en het percentage toekomstige werknemers dat hun opleiding adequaat kan afronden. Zo'n 20.000 van hen loopt studievertraging op of moet met de studie stoppen (Timmers & Steenkamp 2009).

Economisch gezien is de last niet alleen hoog door verminderde participatie maar ook door de hoge zorgkosten. Voor psychische stoornissen becijferde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu dat 373 miljoen euro besteed werd aan zorgkosten in de eerstelijns zorg; huisarts en psychologen (RIVM 2005). De WAO instroom ten gevolge van overspanning/burnout was vóór de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter (2004) 7 per 1000 werknemers per jaar (Veerman et al. 2001). Dit betekent een grote financiële aanslag op het sociale verzekeringsstelsel. Voor de cliënt wordt de drempel om werk te hervatten hoger. Voor de werkgever functioneert deze cliënt niet optimaal meer. Terwijl volgens publicaties (Romeijnders & Terluin 2005) het overgrote deel van de betrokkenen bij een gestructureerde en activerende aanpak na drie maanden tenminste gedeeltelijk weer aan het werk zou kunnen.

In mei 2001 concludeert de Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid dat mensen die door arbeidsongeschiktheid duurzaam buiten het arbeidsproces komen te staan gemakkelijk maatschappelijk geïsoleerd raken. Positieve factoren voor (mentale) gezondheid zijn ondermeer empowerment, integratie, positieve inter-persoonlijke interacties, sociale participatie, verantwoordelijkheid en sociale ondersteuning (Marshall Williams et al. 2005). Participeren is dus belangrijk.

1.3 UITGANGSPUNTEN

Wij vinden het van belang dat de eerstelijns hulpverleners een werkwijze hanteren die op dezelfde uitgangspunten berust. Vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de LVE (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen) is er behoefte aan een gelijk gerichte werkwijze en onderlinge afstemming m.b.t. de behandeling van cliënten met overspanning (en burnout). Ook cliënten zijn gebaat bij heldere afspraken tussen de betrokken eerstelijns hulpverleners. Zowel NHG, NVAB als LVE/NIP onderschreven de uitgangspunten zoals die door de Commissie Psychische Arbeidongeschiktheid (CPA) in de 'Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen' in 2003 verwoord werden. Die uitgangspunten vormen de basis waarop het (samenwerkend) handelen met en rondom de werknemer met psychische problemen vorm krijgt. Hoewel die Leidraad specifiek gaat over de aanpak bij verzuimende werknemers is er geen reden om aan te nemen dat het handelen voor niet-werkenden met psychische problemen gebaseerd zou moeten zijn op andere uitgangspunten. Immers de uitgangspunten zijn gericht op het versterken van het zelfredzaam vermogen van de cliënt, op het verbeteren van de (arbeids)participatie en op een betere samenwerking tussen alle betrokken partijen (cliënt, zijn omgeving en hulpverleners). Uitgangspunten (CPA, Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen, 2003) zijn als volgt:

Even rust is goed; met rust laten nooit.

Vaak wordt rust nog als panacee gebruikt bij symptomen die wijzen op psychische klachten. Daarmee gaat tijd waarin nog effectief kan worden ingegrepen verloren en komt betrokkene steeds meer zonder uitzicht vast te zitten.

Participatie is doorgaans meer voorwaarde voor herstel, dan herstel voorwaarde is voor participatie.

Herstel (zowel klachtreductie als functioneringsherstel) is het resultaat van weer greep krijgen op de situatie. Klachtbehandeling en bevorderen van participatie nemen een gelijkwaardige plaats in bij de begeleiding van de patiënt.

De tijd bepaalt het ritme van de aanpak.

Niet de psychische klachten of het vaststellen van een medische diagnose bepalen het ritme van de aanpak, maar het beloop van het herstelproces in de tijd.

UITGANGSVRAGEN

- A Wat zijn de recente prevalentie- en incidentiecijfers voor overspanning en verwante aandoeningen? Daarbij de definities uit uitgangsvraag B betrekken. Aandachtspunten hierbij zijn:
Nederland en internationaal
Werkenden en niet-werkenden
Relatie met verzuim en uitkeringen (WIA, WW), welke codes hanteert men?
Leeftijd en gender.
- B Welke definities van overspanning en daaraan verwante aandoeningen zijn er?
Welke komen er in de recente (internationale) literatuur voor?
Welke definities hanteren de drie beroepsgroepen thans?
- C Met betrekking tot organisatie van zorg, verwijzing, voorlichting en interprofessionele samenwerking bij mensen met overspanning:
Welk traject doorloopt de werknemer/ patiënt met overspanning?
Wat zijn in dit traject de succes- en faalfactoren (m.b.t. organisatie van zorg, verwijscriteria, voorlichting en interprofessionele samenwerking)?
Welke effecten hebben organisatie van zorg, verwijzing, voorlichting en interprofessionele samenwerking op functieherstel en waardering van de zorg?
P.M. Aandacht voor gender.
- D Welke meetinstrumenten (vragenlijsten, checklists en gestructureerde interviews) zijn specifiek gericht op assessment bij overspanning, en wat kan gezegd worden over de psychometrische eigenschappen van deze instrumenten?
- E Welke behandelingen zijn effectief bevonden bij overspanning, en kan er iets gezegd worden over prognostische factoren, indicaties en contra-indicaties voor deze behandelingen?
PM. Hier valt ook medicatie onder.
PM. Aandacht voor gender.
- F Welke factoren bevorderen en welke factoren belemmeren functieherstel van werkenden en niet-werkenden? Hierbij gaat het om factoren bij de patiënt, bij de professional en op het werk.
P.M. Aandacht voor gender.

1.4 DEFINITIES

Stressgerelateerde stoornissen en spanningsklachten hebben in de literatuur diverse benamingen, waarvan overspanning, aanpassingstoornis, surm nage, neurasthenie en burnout de meest bekende zijn. Verschillende beroepsgroepen gebruiken verschillende termen en definities, hetgeen de samenwerking en afstemming niet ten goede komt. Het zoeken naar gemeenschappelijke terminologie is dan ook een onderdeel van de ontwikkeling van deze richtlijn. Zie hiervoor hoofdstuk 3.

In deze richtlijn hanteren wij de overkoepelende term **overspanning**. We beschouwen **burnout** als een overspanning waarbij de klachten langer dan 6 maanden bestaan en waarbij vermoeidheid op de voorgrond staat. Overspanning en burnout zijn in onze opvatting dus niet twee aparte stoornissen. Dit standpunt wordt in hoofdstuk 3 onderbouwd.

1.5 AFSTEMMING

Voor cliënten met overspanning (en burnout) kan gebrekkige afstemming in tijd en op inhoud tussen diverse eerstelijns hulpverleners een extra spanningsbron op zich worden. Dit kan het herstel van klachten en het oppakken van de sociale rollen, waaronder werkhervatting, aanmerkelijk vertragen en de kans op een recidief verhogen. Het risico in zulke gevallen is dan ook dat de betreffende cliënt geen adequate hulp krijgt terwijl de inzichten voor diagnose en effectieve behandeling op dit terrein de laatste jaren steeds verbeteren.

Samenwerking tussen huisartsen, psychologen en bedrijfsartsen bij de begeleiding van cliënten met overspanning en psychische problemen kan beter op elkaar afgestemd worden. Uit onderzoek van TNO onder een cohort van 555 verzuimende werknemers met psychische klachten bleek dat slechts bij 8% overleg en afstemming van beleid plaatsvond. Onderzoek door Rebergen (2009) noemt een percentage van 10%. In het algemeen concentreren huisartsen zich met name op het verwijzen en voorschrijven van medicijnen. Bedrijfsartsen besteden daarentegen meer aandacht aan arbeidsomstandigheden en eventuele conflicten (Anema et al. 2006).

Verder blijkt dat andere eerstelijns hulpverleners zoals psychologen tot nu toe weinig worden betrokken bij de begeleiding van werknemers met overspanning en burnout maar dat hier sinds 2002 een stijgende lijn in zit (Houtman 2005). In 2005 werd door een groep vertegenwoordigers van NHG en NVAB de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Overspanning opgesteld. De LESA Overspanning biedt ondersteuning bij het maken van afspraken over doelmatige zorg en activerende begeleiding voor cliënten met overspanning en (dreigend) arbeidsverzuim. De LESA Overspanning is gebaseerd op een systematisch literatuuroverzicht en op de NVAB-richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen (Van der Klink 2000). De NVAB-richtlijn is in 2007 herzien (Van der Klink et al. 2007).

De LESA Overspanning zou verbreed moeten worden naar andere eerstelijns hulpverleners, zoals bijvoorbeeld psychologen. Dit project fungeert tevens als een update en verbreding naar psychologen van de LESA Overspanning, zie hoofdstuk 7.

1.6 GEBRUIK VAN DE LITERAATUUR

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er werd gezocht in PsycINFO, Medline, Cochrane en Embase naar publicaties vanaf 1990. De zoekacties werden gesloten per juli 2008. Belangrijk onderzoek van na deze datum is later nog toegevoegd. Voor de gehanteerde zoekstrategie wordt verwezen naar de paragrafen over de literatuursearch in de hoofdstukken zelf. Daarnaast zijn artikelen uit referentielijsten van opgevraagde literatuur gehaald. Ook zijn andere richtlijnen aangaande psychische klachten en arbeid geraadpleegd, zie daarvoor hoofdstuk 8.

De geselecteerde artikelen zijn door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gerangschikt naar mate van bewijskracht volgens de EBRO-methodiek (Everdingen et al. 2004), zie bijlage 1.

De beoordeling van de publicaties is in de verschillende teksten terug te vinden onder het kopje 'samenvatting van de literatuur'. De wetenschappelijke bevindingen zijn vervolgens samengevat in een conclusie, met daarbij een niveau van bewijs (zie [bijlage 1](#)). Om te komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs nog andere aspecten van belang, zoals cliëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. De aanbeveling is het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen.

De literatuur waar in deze algemene inleiding aan wordt gerefereerd is opgenomen in [hoofdstuk 8](#). Eveneens in hoofdstuk 8 zijn de [richtlijnen](#), [codes](#) en [samenwerkingsafspraken](#) aangaande psychische klachten en arbeid opgenomen alsmede het [wettelijk kader](#).

1.7 DOELGROEP

Onder cliënten en patiënten verstaan we een brede groep cliënten met overspanning (en burnout), al of niet met betaald werk en (dreigend) werkverzuim. We betrekken bij die groep dus ook cliënten zonder betaalde baan bij wie het functioneren ernstig gehinderd kan worden als gevolg van overspanning en burnout. Denk bijvoorbeeld aan mantelzorgers, vrijwilligers, studenten.

1.8 GEBRUIKERS VAN DE RICHTLIJN

Deze richtlijn is primair geschreven voor bedrijfsartsen, huisartsen en eerstelijns psychologen en ter bevordering van effectieve samenwerking. Het gaat overigens niet om de huisarts en bedrijfsarts als persoon, maar om de huisartsvoorziening (waarin samen met de huisarts ook een praktijkondersteuner -POH GGZ- en doktersassistente werkzaam kunnen zijn), bedrijfsartsvoorziening (waarin samen met de bedrijfsarts ook GGZ-arboprofessionals werkzaam kunnen zijn) en eerstelijnspsychologische zorg. Daarnaast kan de richtlijn ook worden gebruikt door anderen die mensen begeleiden met overspanningsklachten zoals bijvoorbeeld verzekeringsartsen, psychiaters, andere (dan eerstelijns) psychologen, (arbo) verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten. Ook cliënten, werknemers en werkgevers kunnen er gebruik van maken. Voor cliënten / werknemers is in het kader van dit project een patiëntenbrief geschreven om ze op de hoogte te brengen van wat zij mogen verwachten van de eerstelijns hulpverleners tijdens de begeleiding in hun periode van overspanning of burnout.

1.9 LEESWIJZER

De opzet volgt de zes uitgangsvragen die zijn genummerd van A t/m F (zie [paragraaf 1.3](#)). In hoofdstuk 2 komt uitgangsvraag A aan bod. In hoofdstuk 3 wordt antwoord gegeven op uitgangsvraag B, is beschreven wat er onder overspanning en burnout wordt verstaan en er wordt een aanbeveling voor een definitie gegeven. In hoofdstuk 4 wordt antwoord gegeven op uitgangsvraag D: welke instrumenten zijn specifiek gericht op het vaststellen van overspanning en burnout en welke psychometrische eigenschappen hebben deze instrumenten? In hoofdstuk 5 komt uitgangsvraag E aan bod en staan de behandelingen beschreven die effectief gebleken zijn bij overspanning en burnout en de (contra)indicaties voor deze behandelingen. In hoofdstuk 6 wordt het antwoord geformuleerd op uitgangsvraag F. Hier komen achtereenvolgens functieherstel en hervatting van sociale rollen aan de orde. Hoofdstuk 7 is een speciaal hoofdstuk. Het vormt de basis voor de herziene LESA overspanning en burnout. Dit hoofdstuk richt zich op de samenwerking en afstemming tussen eerstelijns zorgaanbieders bij de behandeling van mensen met overspanning of burnout. Een aantal elementen van uitgangsvraag C komen in hoofdstuk 7 aan bod.

De hoofdlijnen van deze richtlijn zijn opgenomen in de herziene Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) overspanning en burnout. Met de LESA als basis kan de volledige multidisciplinaire richtlijn gebruikt worden als achtergronddocument.

1.10 DIRECT BETROKKENEN BIJ DE RICHTLIJNONTWIKKELING

De projectgroep die de richtlijn opstelde

Mw. drs M. (Marjolein) Bastiaanssen vanaf 1 april 2009, bedrijfsarts, namens de NVAB, projectleider

Mw drs M.A.J.M (Monique) Loo vanaf 15 september 2008, bedrijfsarts, namens de NVAB

Mw dr A.P. (Noks) Nauta tot 1 april 2009 bedrijfsarts en eerstelijnspsycholoog, namens de NVAB

Dhr dr B. (Berend) Terluin vanaf 15 februari 2008 , huisarts, namens het NHG

Dhr. dr L. (Lex) Vendrig, klinisch psycholoog, namens de LVE

Mw dr J.A. (Jean) Vriezen, medisch antropoloog, namens het NHG

Mw drs C.M. (Cokkie) Verschuren, eerstelijnspsycholoog en Arbeids- & Organisatie deskundige, namens de LVE, hoofdauteur richtlijn

Mw dr I. (Iwona) van Zanten-Przybysz tot 15 september 2008, bedrijfsarts, namens de NVAB.

De werkgroep literatuuronderzoek en review

Mw drs M.A.J.M. (Monique) Loo vanaf 15 september 2008, bedrijfsarts, namens de NVAB

Dhr dr B. (Berend) Terluin, huisarts, namens het NHG

Dhr. dr. M.J.P.M. (Marc) Verbraak, klinisch psycholoog, namens de LVE

Mw drs C. M. (Cokkie) Verschuren, voorzitter, namens de LVE

Mw dr I. (Iwona) van Zanten-Przybysz tot 15 september 2008, bedrijfsarts, namens de NVAB.

De klankbordgroep

Dhr M. (Martien) Bouwman (ZN)

Dhr C. (Cas) Hoogbergen (AWVN)

Mw A. (Anneke) Huson (Pandora)

Dhr M. (Machel) Nuyten (VNO/NCW/MKB)

Dhr C. (Kees) Pijls (NIP)

Dhr D. (David) Rebergen (Trimbos Instituut)

Dhr W. (Wim) van Veelen (FNV)

Dhr J.H. (Jan-Hein) Wijers (NVVG).

Focusgroepen

In het kader van verkenning van de praktijk zijn enkele groepsgesprekken gevoerd met werkgevers/ P&O'ers en met werknemers.

- *Focusgroep werkgevers/ P&O ers*

Mw Mirjam van den Brink, Reinier van Arkel groep

Mw Mirjam Otten, NS

Dhr Rob van Rhijn, NS reizigers

Mw Gwen Schuurman, Fortis Verzekeringen

- *Focusgroep werknemers/ cliënten*

Dhr Ron Gart

Dhr Gert van Dalen

Mw Marjon Manders

- *Focusgroep eerstelijns professionals*

Bedrijfsartsen

Mw drs M.A.J.M (Monique) Loo

Dhr drs T.S. (San) Oeij

Dhr drs A. (Anco) Straatman

Huisartsen

Mw drs F. S. (Froukje) Boukes

Mw drs M. (Maud) Kertzman

Eerstelijns psychologen

Mw drs M. H. I.(Marion) Gerardinck

Mw drs J. (Jeanette) van Oostveen

Mw drs A. (Anne) Sliphorst

Overige contacten

Verder werd er contact gelegd met de volgende personen en organisaties voor advies en feedback (op alfabetische volgorde):

- Centrum voor Chronische Stress Reversal
- Nederlandse Vereniging van Bedrijfsmaatschappelijk Werkers
- Universiteiten
- Werkgevers en werknemersorganisaties
- Expertisecentrum mantelzorg
- Studentendecanen van de TU in Delft

Referenten

Dhr drs T.S. (San) Oeij, bedrijfsarts

Dhr Prof dr W. B. (Wilmar) Schaufeli, hoogleraar arbeids- en organisatiepsychologie

Dhr dr D. (David) Bruinvels, bedrijfsarts

Dhr drs H. (Harm) van Marwijk, huisarts

Mw drs H. (Helen) Woutersen-Koch, stafid NHG

Mw dr N. (Noks) Nauta, bedrijfsarts en psycholoog

Dhr drs M. (Martien) Ernste, bedrijfsarts

Dhr dr D. (David) Rebergen, arbeids-, gezondheids-, en organisatiepsycholoog

Mw drs A. (Anneke) Nieuwe Weme, bedrijfsarts en CG therapeut

Mw drs C. (Carolien) Hamming, psycholoog, directeur CSR centrum.

1.11 WERKWIJZE

De richtlijn 'Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning/burnout' is ontwikkeld in vier stappen.

Stap 1 Inventarisatie

- Focusgroepen
- Werkgroep en projectgroep literatuuronderzoek en review.

Stap 2 Ontwikkeling

- Schrijven van de concept richtlijn en samenvatting
- Commentaarronde referenten en gebruikers (50 bedrijfsartsen, 25 eerstelijnspsychologen en 25 huisartsen)
- Schrijven patiëntenbrief
- Aanpassen LESA als onderdeel van de Richtlijn.

Stap 3 Implementatie

- Communicatieplan
- Nieuwsbrieven
- Praktijktest.

Stap 4 Evaluatie met definitieve formulering en autorisatie door de beroepsverenigingen.

- Afspraken beheer en onderhoud
- Opname vergoedingen verzekeraars.

1.12 IMPLEMENTATIE

Implementatie van een richtlijn, het in de dagelijkse praktijk toepassen van de richtlijn door de professionals, zal slechts succesvol verlopen wanneer er een breed draagvlak is onder de betrokken professionals. Draagvlak wordt o.a. verkregen door de toekomstige gebruikers te betrekken bij de ontwikkeling. De projectgroep is dan ook multidisciplinair samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende wetenschappelijke verenigingen en de beroepsverenigingen die betrokken zijn bij de zorg voor cliënten met overspanningsklachten.

In het begin van het project is een concept verspreidings- en implementatieplan (VIP) geschreven. De richtlijn is digitaal beschikbaar via de websites van de drie participerende verenigingen. Er wordt zorg voor gedragen, onder andere door PR activiteiten, dat het bestaan van deze richtlijn breed bekend is.

De projectgroep onderkent dat er meer onderzoek en ontwikkeling op het gebied van overspanning/burnout nodig is, zeker naar prognostische factoren voor functieherstel bij (psychisch) verzuim. Daarom is zij voorstander van een traject van de "levende richtlijn". Jaarlijks wordt dan besloten of op basis van nieuwe literatuur de richtlijn bijstelling behoeft. Indien dat het geval is, gebeurt dit in overleg met de betrokken (wetenschappelijke) beroepsverenigingen. Voor het levend houden van deze richtlijn is nog geen plan ingediend noch financiering verkregen.

1.13 VERNIEUWING

De ontwikkeling van deze richtlijn is financieel mogelijk gemaakt door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw), binnen het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ). Het KKCZ-programma houdt in dat richtlijntrajecten vernieuwing bieden.

Deze richtlijn is op de volgende punten vernieuwend te noemen:

- 1 De cliënt mag erop vertrouwen en kan nu volgen dat hij de juiste begeleiding krijgt, ongeacht de betrokken eerstelijns hulpverlener. Onzekerheid wordt weggenomen en shopping gedrag voorkomen. Dit komt doordat nu de eerstelijns hulpverleners vanuit één richtlijn en met gemeenschappelijke uitgangspunten en definities gaan werken.
- 2 De richtlijn overspanning/burnout richt zich niet slechts op werkenden maar ook op verplichtende sociale rollen zoals mantelzorgers, sporters of studenten.
- 3 De richtlijn ziet sociale rollen in werk- of privésfeer als elkaar zowel positief als negatief beïnvloedende factoren bij overspanning.
- 4 Door samenwerking en coördinatie in de eerste lijnsbehandeling van overspanning ontstaat de mogelijkheid voor een databank met uniforme codes, zodat meer inzicht verkregen kan worden in de omvang van het probleem en de doelmatigheid van de ingezette interventies.
- 5 Er komt aanvullend en actueel materiaal via diverse kanalen beschikbaar voor eerstelijns hulpverleners ten behoeve van (bestaande) voorlichting en scholing.
- 6 Op basis van de richtlijn zal iedere eerstelijns professional bijdragen aan (functie- en klacht-) herstel.

1.14 AUTORISATIE

Aan het einde van het ontwikkeltraject werd de richtlijn officieel voor autorisatie en/of bestuurlijke goedkeuring voorgelegd aan de drie participerende verenigingen.

1.15 JURIDISCHE BETEKENIS VAN RICHTLIJNEN

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op evidence gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Zorgverleners kunnen van de richtlijn afwijken op basis van hun professionele autonomie. Afwijken van richtlijnen kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Zorgverleners moeten te allen tijde hun handelen en afwijken van de richtlijn beargumenteerd onderbouwen.

1.16 HERZIENING

Deze richtlijn is opgesteld in de periode 2008-2011. Gezien het onderwerp en de ontwikkelingen op dit gebied verwachten we dat de onderdelen met betrekking tot de effectiviteit van interventies over ongeveer 3 jaar herzien moeten worden.

Voor wat betreft de factoren die functieherstel beïnvloeden en het resultaat van de gevonden evidence is de projectgroep die deze richtlijn opstelde van mening dat er meer onderzoek nodig is naar prognostische factoren voor functieherstel bij (psychisch) verzuim.

1.17 BELANGENVERSTRENGELING

De leden van de projectgroep hebben allen verklaard dat er geen sprake is van belangenverstremgeling. Verklaringen hiertoe zijn opgenomen in de tekst van de notulen van de laatste vergadering van de projectgroep.

2 EPIDEMIOLOGIE

UITGANGSVRAAG A

Wat zijn de recente prevalentie- en incidentiecijfers voor overspanning en verwante aandoeningen? Daarbij de definities uit vraag B betrekken. Aandachtspunten hierbij zijn: Nederland en internationaal, werkenden en niet-werkenden, relatie met verzuim en uitkeringen (WIA, WW), welke codes hanteert men? PM. Aandacht voor leeftijd en gender.

Overspanning en burnout zijn geen bestaande diagnostische categorieën in de DSM-IV, noch in de ICD-10 van de WHO. In voorkomende gevallen zal toepassing van de DSM-IV-criteria waarschijnlijk in veel overspanningsgevallen uitkomen bij de aanpassingsstoornis, en in veel burnoutgevallen bij de ongedifferentieerde somatoforme stoornis. In de ICD 10 wordt ook de term aanpassingsstoornis gebruikt.

Tussen de drie beroepsgroepen (huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijnspsychologen) bestaan geen essentiële verschillen in de gehanteerde definities. Hoogstens zijn er accentverschillen in het gebruik van de terminologie. In hoofdstuk 3 gaan we verder in op de voorkomende definities en komen wij tot onderbouwing van de in deze richtlijn voorgestelde definities.

Hoewel duidelijk mag zijn dat overspanning/burnout een belangrijk maatschappelijk en economisch probleem vormt zijn de gegevens over incidentie en prevalentie door definitieverschillen niet betrouwbaar. Wat betreft prevalentie schommelen de cijfers van 2,3 tot 7,8 - 20 per 1000 patiënten met wisselende diagnoses bij bedrijfsarts, huisarts en eerstelijnspsycholoog. In de in 2004 uitgevoerde Tweede Nationale Studie in de huisartsenpraktijk is de prevalentie van neurasthenie/surménage 7,8 per 1000 patiënten, met een gemiddelde episodeduur van 2 jaar. Deze met overspanning/burnout vergelijkbare diagnose werd vaker bij vrouwen dan bij mannen gediagnosticeerd, met een incidentie per jaar van respectievelijk 5,8 en 3,8 en een prevalentie van 9,4 en 6,2 (Van der Linden et al. 2004).

In 2008 meldt het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten dat 79% van de psychische beroepsziekten (N=1170) overspanning/burnout betreft. Bij de beroepsziekten valt op dat vooral overspanning en burnout worden gediagnosticeerd en veel minder vaak pathologische aandoeningen als depressieve episodes en angststoornissen. Het aantal meldingen van psychische beroepsziekten loopt sinds negen jaar langzaam af en de verhouding tussen de gemelde ziekten blijft nagenoeg hetzelfde (NCVB 2009).

De Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE) houdt inmiddels 10 jaar een codeboek bij waarin de diagnosecodes van cliënten in de eerstelijnspsychologische setting worden geregistreerd. Gebaseerd op de gegevens van afgesloten behandelingen (N=53.830) in 2007, DSM IV subcode 13 (aanpassingsstoornissen) ging het hier om 10.874 cliënten in 2007 die zich omwille van 'aanpassingsstoornissen' (redelijk vergelijkbaar met overspanning) richtten tot eerstelijns psychologische zorg. Dat is 20,2 % van de cliënten. Dit percentage is in 2008, na opname van eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering, slechts licht gestegen naar 22%. Vrouwen melden zich iets vaker dan mannen.

2.1 LITERATUUR

- Van den Berg, B. 2005, *Informal care, an economic approach*, proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Centraal Bureau Statistiek 2007, *Sociaaleconomische trends, Statistisch kwartaalblad over arbeidsmarkt, sociale zekerheid en inkomen aflevering 2*. Voorburg, Heerlen.
- Veerman T.J., Schoemaker, C.G., Cuelanaere, B., Bijl, R.V., et al. 2001, *Psychische arbeidsongeschiktheid. Een overzicht van actuele feiten en cijfers*, Elsevier.

3 OVERSPANNING/BURNOUT: DEFINITIES

UITGANGSVRAAG B

Welke definities van overspanning en daaraan verwante aandoeningen zijn er?

Welke komen er in de recente (internationale) literatuur voor?

Welke definities hanteren de drie beroepsgroepen thans?

3.1 BESCHRIJVING LITERATUURSEARCH EN LITERATUURSELECTIE

Om de uitgangsvraag te beantwoorden is gezocht naar relevante publicaties in de nationale en internationale wetenschappelijke literatuur. De nationale literatuur is onderzocht door te zoeken op de trefwoorden “overspanning”/“overspannenheid”, “surmenage” en “burnout”/“burn-out”, in beschikbare online registers vanaf 1990 tot september 2008 van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Medisch Contact, Huisarts en Wetenschap, Tijdschrift voor Psychiatrie, Maandblad Geestelijke volksgezondheid MGv en De Eerstelijns psycholoog. De internationale literatuur is onderzocht door te zoeken op de trefwoorden “adjustment disorder”, “nervous breakdown”, “distress”, “demoralisation”, “burnout”/“burn-out” en “neurasthenia” met behulp van PubMed en PsycINFO vanaf 2003 tot september 2008. Potentieel interessante publicaties werden doorgenomen en ook werd verder gezocht in literatuurlijsten van relevante publicaties. Als aanvulling op de zoektocht in de wetenschappelijke literatuur hebben we op het Nederlandstalige internet gezocht naar mogelijk nog niet eerder gevonden definities/omschrijvingen.

Er is gezocht naar definities en omschrijvingen van overspanning en burnout. We hebben uitdrukkelijk niet gestreefd naar een volledig en systematisch overzicht van de literatuur, maar naar het in kaart brengen van de variatie (overeenkomsten en verschillen) die er bestaat tussen de verschillende definities/omschrijvingen. Omdat het gaat om een Nederlandse richtlijn, hebben we gefocust op definities/omschrijvingen die in ons land worden gebruikt.

Op het internet is weinig informatie te vinden over overspanning en (erg) veel over burnout. Aangezien de meeste omschrijvingen van burnout op hetzelfde neerkomen, hebben we een willekeurige selectie genomen van de aanwezige definities.

3.2 SAMENVATTING VAN DE LITERATUUR

De gevonden definities/omschrijvingen zijn samengevat in een overzichtstabel in bijlage 2.

OVERSPANNING/OVERSPANNENHEID EN SURMENAGE

Slechts een klein aantal auteurs heeft zich gewaagd aan een definitie of omschrijving van overspanning/overspannenheid (Kraft 1972; Romeijnders et al. 2005; Schmidt 2000; Schmidt 2001; Schröder 1993; Terluin et al. 2005; Winnubst 1989). Met name onder huisartsen is de term “surmenage” in gebruik, welke volledig synoniem kan worden beschouwd met overspanning (Terluin 1986; Terluin 1994). Gemeenschappelijke elementen in de verschillende definities/omschrijvingen zijn (a) een overmaat aan stress als veronderstelde oorzaak, (b) het ontstaan van klachten en (c) sociaal disfunctioneren. Overspanning/surmenage wordt gebruikt voor het aanduiden van een toestandsbeeld. Over de psychopathogenese van het beeld klinken in de verschillende definities verschillende accenten door. Schmidt veronderstelt dat er sprake is van een neuropsychologische functiestoornis (Schmidt 2000), terwijl Terluin en Van der Klink een tekortschietende coping en als gevolg daarvan controle-

verlies zien als de kern van overspanning (Terluin et al. 2005). De termen overspanning en surmenage zijn geen bruikbare internationale zoektermen. Wel komen we in de internationale literatuur enkele interessante beschrijvingen van nervous breakdown, distress en demoralisation tegen (zie hierna).

BURNOUT

Het burnout-begrip werd ruim een kwart eeuw geleden in Amerika geïntroduceerd. Het ging in die eerste beschrijvingen om mentale uitputting bij hulpverleners (Schaufeli 2007). Het burnout-concept is internationaal sterk gekoppeld aan de meest gebruikte vragenlijst om burnout-verschijnselen te meten: de Maslach Burnout Inventory (MBI) die in Nederland bekend staat als de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS). Die koppeling is zo sterk dat burnout in de internationale literatuur doorgaans is wat de MBI meet (Schaufeli 2007). De MBI omvat drie schalen: emotionele uitputting, depersonalisatie (een cynische houding ten opzichte van de mensen met wie men werkt) en verminderde gepercipieerde bekwaamheid in het werk. De verschijnselen worden nagevraagd in relatie tot het werk. Het dominante burnout-begrip is dus een dimensionaal begrip. In afwijking van wat internationaal gangbaar is, wordt het begrip burnout in ons land doorgaans gebruikt als categoriaal begrip voor het aanduiden van een toestandsbeeld, het burnout zijn, en minder voor het aanduiden van een proces, het burnout raken. In de in ons land gehanteerde definities/omschrijvingen van burnout zijn frequent voorkomende elementen: chroniciteit (c.q. een lange duur van de klachten), de relatie met werkstress en het op de voorgrond staan van uitputting (Gaillard 2003; Hoogduin et al. 2001; Schaufeli 2007; Schmidt 2001; Terluin et al. 2005; Van der Klink 2000). Het onderscheid met overspanning is niet altijd even helder. In de praktijk worden de termen overspanning en burnout vaak voor dezelfde toestand gebruikt en bepaalt de voorkeur van de gebruiker welke term gebruikt wordt. Een radicaal standpunt wordt ingenomen in de herziene NVAB-richtlijn “Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen”, waarin het onderscheid tussen overspanning en burnout helemaal wordt losgelaten (Van der Klink et al. 2007). In de internet-definitie zien we dezelfde thema’s figureren, met een wisselende mate van aansluiting bij het internationale drie-dimensionale burnout-begrip (uitputting, cynisme, verminderde competentie).

Vanuit de psycho-neuro-immunologie en psycho-neuro-endocrinologie (Mommersteeg 2006, 2006, Sonnenschein et al. 2007, Van Houdenhove, B. & Heijnen CJ 2009) wordt overspanning/ burnout gezien als een gevolg van langdurige stress die een chronische ontregeling geeft van het neuro-hormonale systeem hetgeen de bron is van het hele scala aan lichamelijke klachten en psychisch disfunctioneren. In de kern wordt overspanning / burnout, ook wel chronische stress genaamd, gekenmerkt door toenemende klachten met betrekking tot het lichamenlijk en psychisch functioneren:

- op lichamenlijk gebied (bijv. snel moe, slecht slapen, pijnlijke en gespannen spieren)
- op cognitief gebied (bijv. concentratie- en geheugenproblemen, problemen met plannen)
- op emotioneel gebied (bijv. prikkelbaarheid, snel in tranen uitbarsten, depressie- en angstklachten)
- op gedragsgebied (bijv. gehaast of ongeduldig gedrag, niet meer kunnen stoppen met werken, meer drinken, roken, snoepen).

INTERNATIONALE VERWANTE BEGRIPPEN

Adjustment disorder

De set van criteria voor een “adjustment disorder” (aanpassingsstoornis) worden gegeven in de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994):

- A De ontwikkeling van emotionele of gedragsmatige symptomen in reactie op (een) identificeerbare stressor(en) binnen drie maanden na het optreden van die stressor(en).
- B Deze symptomen zijn klinisch significant zoals blijkt uit één van de volgende verschijnselen:
 - 1 duidelijk psychisch lijden (“distress”) welke sterker is dan kan worden verwacht op basis van de aanwezigheid van de stressor(en);
 - 2 duidelijke stoornis in sociaal of beroepsmatig functioneren.
- C De stressgerelateerde stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere specifieke as-I stoornis en is niet uitsluitend een exacerbatie van een preëxistente as-I stoornis.
- D De symptomen passen niet bij rouw.
- E Na het verdwijnen van de stressor(en), houden de symptomen niet langer dan zes maanden aan.

Problematisch in de definitie van aanpassingsstoornis is de afbakening van het beeld, zowel naar de kant van wat nog als een normale reactie op stress kan worden beschouwd, als naar de kant van echte psychiatrische stoornissen (Casey 2001). Wat de afbakening naar normaal betreft geeft de definitie geen houvast aan wat verstaan moet worden onder “een lijden dat sterker is dan verwacht mag worden” (criterium B1), terwijl sociaal of beroepsmatig disfunctioneren gelijkgesteld wordt met een stoornis in de aanpassing (criterium B2). Wat betreft de afbakening naar andere as-I stoornissen impliceert de definitie dat de problematische reactie op stress plotseling niet meer van belang is als de persoon in kwestie een symptoomdrempel voor een psychiatrische stoornis passeert.

Neurasthenia

De International Classification of Diseases (ICD-10) van de Wereld Gezondheidsorganisatie geeft de volgende diagnostische richtlijnen voor neurasthenie:

- A Ofwel aanhoudende en het welzijn aantastende klachten over versterkte moeheid na mentale inspanning, ofwel aanhoudende en het welzijn aantastende klachten over lichamelijke klachten en uitputting na minimale inspanning.
- B Ten minste twee van de volgende symptomen: spierpijn, duizeligheid, spanningshoofdpijn, slaapstoornis, onvermogen om te ontspannen, prikkelbaarheid en dyspepsie (indigestie, maagklachten).
- C Het klinisch beeld voldoet niet aan een meer specifieke stoornis (World Health Organisation 1992).

De diagnose neurasthenie werd in 1869 ingevoerd door de Amerikaanse neuroloog GM Beard. In de jaren daarna werd het ziektebeeld geleidelijk uitgeklaard door de ontdekking van histerie, hypochondrie, dwangneurose, fobie, angstneurose en depressie (Chatel & Peele 1970). In de Westerse psychiatrie en geneeskunde is neurasthenie als diagnose praktisch volledig in onbruik geraakt.

Nervous breakdown

In de internationale literatuur komt de term “nervous breakdown” nauwelijks voor en wordt vrijwel zonder uitzondering weggezet als een lekenterm zonder diagnostische implicaties. Rapport vroeg Amerikaanse burgers naar hun beeld van “nervous breakdown” (Rapport et al. 1998). Daaruit kwam een tamelijk eenduidig beeld naar voren van een in de tijd beperkte aandoening, gekarakteriseerd door verschijnselen van angst en depressie welke uitgelokt wordt door uitwendige stressoren. Bij een onderzoek van Swindle gaf een vijfde tot een kwart van de ondervraagden aan de ervaring van een (dreigende) nervous breakdown te kennen (Swindle et al. 2000). Volgens Pfeffer & Waldron is “nervous breakdown” min of meer identiek met een tekortschietende stresshantering (Pfeffer & Waldron 1987).

Distress

Sheila Ridner heeft een interessante analyse gepubliceerd van het concept “psychological distress” (Ridner 2004). Daaruit komt de ervaring van distress naar voren als “the unique discomforting, emotional state experienced by an individual in response to a specific stressor or demand that results in harm, either temporary, or permanent, to the person”. Volgens Ridner wordt distress onder meer gekenmerkt door het waarnemen van een stressor welke een persoonlijke dreiging inhoudt, een onvermogen om de stressor effectief te hanteren, verlies van controle, en een verandering van de emotionele toestand gepaard gaande met gevoelens van onwelbevinden, en (dreigende) schade aan de gezondheid en/of het sociaal functioneren.

Demoralisation

Het begrip demoralisatie is door Jerome Frank geïntroduceerd als belangrijke verklarende factor voor het zoeken van hulp voor psychische problemen (Frank 1974). De kern van het begrip wordt gevormd door de combinatie van distress en onmacht (De Figueiredo & Frank 1982). De persoon in kwestie weet niet meer wat te doen. Er is in de recente literatuur een groeiende aandacht voor het begrip demoralisatie, onder meer bij niet-psychiatrische populaties (Clarke & Kissane 2002; Jacobsen et al. 2007).

3.3 CONCLUSIES

Uit de literatuursearch komen een aantal verschillende definities of omschrijvingen van overspanning/burnout en verwante begrippen naar voren waarin de volgende overeenkomsten en verschillen kunnen worden benoemd:

- Het ontstaan van overspanning/burnout wordt geassocieerd met een overmaat aan stress(oren) in combinatie met een relatief onvermogen om deze stress(oren) te hanteren.
- Overspanning (en burnout) uit zich in niet-specifieke spanningsklachten en leidt tot demoralisatie en controleverlies, met sociaal disfunctioneren als gevolg.
- Burnout wordt vaak geassocieerd met overbelasting en andere problemen in het werk.
- Burnout wordt vaak geassocieerd met langdurige vermoeidheid of uitputting.

Tussen de drie beroepsgroepen (huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijns psychologen) bestaan geen essentiële verschillen in de gehanteerde definities. Hoogstens zijn er accentverschillen in het gebruik van de terminologie, waarbij huisartsen en bedrijfsartsen in hun Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak LESA Overspanning hebben gekozen voor de term ‘overspanning’ (Romeijnders et al., 2005) en onder psychologen de term ‘burnout’ meer favoriet lijkt te zijn.

3.4 OVERIGE OVERWEGINGEN

KERNSYMPTOMEN VAN OVERSPANNING EN BURNOUT

Hoewel in de literatuur zeer diverse symptomen van overspanning en burnout worden genoemd, is er wel een soort kernsyndroom te onderscheiden. Schmidt noemt met name: “concentratiestoornissen, moeite hebben met helder denken, vergeetachtigheid, zich niet meer in staat voelen problemen op te lossen, interesseverlies, geen plezier meer beleven aan dagelijkse dingen en als gevolg van dit alles: het subjectieve gevoel hebben de dagelijkse verplichtingen niet meer aan te kunnen en objectief vaststelbaar minder presteren” (Schmidt 2001). Terluin komt tot de volgende symptomen van het “distresssyndroom”: piekeren, prikkelbaarheid, emotionele labiliteit, gespannenheid, moeheid, malaise, slaapproblemen, mentaal disfunctioneren, verwerkingsverschijnselen, gevoelens van overbelasting, gevoelens van onmacht, gedeprimeerdheid, anhedonie en demoralisatie (het niet meer aankunnen) (Terluin 1994). Bij het ontwikkelen van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) blijken de volgende symptomen samen te clusteren in één dimensie: piekeren, snel geïrriteerd zijn, snel emotioneel zijn, gespannenheid, lusteloosheid, neerslachtigheid, slaapproblemen (moeite om in slaap te komen en onrustig slapen), moeite met helder denken, verwerkingsverschijnselen (intrusies van herinneringen aan een aangrijpende gebeurtenis, moeite doen om intrusies te onderdrukken), onmacht (nergens meer zin in hebben en tot niets meer kunnen komen), verlies van belangstelling en demoralisatie (het niet meer aankunnen en er niet meer tegenop kunnen) (Terluin 1996). De volgende symptomen kunnen daarom worden beschouwd als kernsymptomen van overspanning:

- moeheid
- gestoorde of onrustige slaap
- prikkelbaarheid
- niet tegen drukte/herrie kunnen
- emotionele labiliteit
- piekeren
- zich gejaagd voelen
- concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.

Bij het burnoutbegrip wordt in de literatuur sterk de nadruk gelegd op symptomen van moeheid en uitputting. Recent hebben Verbraak et al. (Verbraak et al. 2008) een gedegen poging ondernomen om de specifieke symptomen van “klinische burnout”, gedefinieerd als werkgerelateerde neurasthenie (Hoogduin et al. 2001), te vangen in een nieuwe klachtenlijst. Het onderzoek betrof patiënten van een gespecialiseerde tweedelijns GGZ-instelling. De resulterende BurnOut-Neurasthenie Klachten Schaal (BO-NKS) bleek grotendeels hetzelfde te meten als de distressschaal van de 4DKL, aangevuld met

enige somatisatie. Met andere woorden, patiënten met een “klinische burnout” vertonen min of meer hetzelfde specifieke klachtenpatroon als overspannen patiënten. De nadruk die bij burnout door patiënten en behandelaars wordt gelegd op moeheid en uitputting berust vermoedelijk op selectieve perceptie en/of rapportage van de klachten. Aangezien bij overspanning naast het dominante distress-syndroom ook een wisselende hoeveelheid somatisatieklachten aanwezig is, moet de conclusie luiden dat er geen wezenlijke verschillen bestaan in symptomatologie tussen burnout en overspanning.

MODEL VOOR OVERSPANNING EN BURNOUT

In deze paragraaf schetsen wij op basis van bovenstaande bevindingen een geïntegreerd model voor overspanning en burnout, waarin de context waarin overspanning/burnout ontstaat alsmede de consequenties ervan een plaats krijgen. Dit model vormt de basis voor de operationele definities onder 3.6.

Het ontstaan van overspanning en burnout begint met ‘stress’ (Terluin et al. 2005). Stressoren zijn omstandigheden of gebeurtenissen die gepercipieerd worden als bedreigend voor het psychosociale evenwicht. Een bruikbare indeling van stressoren is die in verplichtingen (weeckerende belasting in werk, studie, huishouding, zorg, etc.), problemen (ongewenste situaties op diverse gebieden zoals relaties, financiën, werk, carrière, etc.) en levensgebeurtenissen (meer of minder ingrijpende veranderingen in het leven, welke ‘verwerking’ en/of aanpassing van het levenspatroon vereisen). Geconfronteerd met een of meer stressoren moet de persoon in kwestie de stressor(en) op de een of andere manier hanteren (coping) teneinde het psychosociale evenwicht te bewaren of te herstellen. Een gevoel van onaangename spanning (distress) ontstaat als de persoon veel moeite heeft met het hanteren van de stressor(en) en normaal te blijven functioneren. Tot zover is dit alles nog een betrekkelijk normale ervaring: iedereen heeft het wel eens druk (verplichtingen), heeft wel eens problemen of tegenslagen, of krijgt te maken met ingrijpende veranderingen (levensgebeurtenissen). Echter als de stresshantering tekort schiet om het evenwicht te herstellen (falende coping) en de persoon weet niet meer wat te doen (demoralisatie) ontstaat er controleverlies en is de persoon de grip op de situatie kwijt. Dan neemt de distress flink toe en rest de persoon in kwestie geen andere optie meer dan het op te geven. Bij dat opgeven stopt de persoon met verdere pogingen om de stressor(en) het hoofd te bieden, laat belangrijke sociale rollen vallen, meldt zich ziek en trekt zich terug. Dan is er sprake van overspanning: een combinatie van distress, controleverlies en sociaal disfunctioneren. In een situatie van overspanning kunnen lichamelijke spanningsklachten het beeld in meer of mindere mate gaan meekleuren. Hierdoor kan bij daarvoor gevoelige personen een proces van somatisatie worden geactiveerd. Somatisatie houdt in dat de distress en de daarmee samenhangende lichamelijke klachten een vicieus proces worden door preoccupatie met lichamelijke klachten. Aandacht van de omgeving, inclusief de zorgsector, kan dit proces verder versterken. Wanneer de klachten langer bestaan en moeheid en uitputting in de beleving van de persoon sterker op de voorgrond treden, spreken we van burnout.

VERHOUDING TOT HET DSM-IV CLASSIFICATIESYSTEEM

Overspanning en burnout zijn geen bestaande diagnostische categorieën in de DSM-IV, noch in de ICD 10. In voorkomende gevallen zal toepassing van de DSM-IV-criteria waarschijnlijk vaak uitkomen bij de aanpassingsstoornis. Het is echter ook goed denkbaar dat in DSM-IV-termen een andere diagnose van toepassing is, bijvoorbeeld depressieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis of een ongedifferentieerde somatoforme stoornis. In ICD-termen gaat het wat betreft overspanning ook om aanpassingsstoornis, maar ook de term neurasthenie kan toegepast worden. Ook voor de ICD 10 geldt dat een andere diagnose van toepassing kan zijn, zoals een depressieve stoornis, angststoornis of ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Het specifieke van overspanning/burnout is gelegen in het controleverlies en het opgeven van verdere pogingen om de stressor(en) het hoofd te bieden. Dit kernprobleem van overspanning/burnout behoeft aparte aandacht in de behandeling (zie hoofdstuk 5 Behandeling), ook als er sprake blijkt te zijn van een specifieke DSM-IV-diagnose zoals bijvoorbeeld depressieve stoornis. Om deze reden stellen wij voor dat de diagnose overspanning/burnout naast een specifieke DSM-IV-diagnose gesteld kan worden. Alleen wanneer een specifieke psychiatrische stoornis de enige stressor zou zijn die verantwoordelijk is voor de distress, controleverlies en sociaal disfunctioneren én verwacht mag worden dat behandeling van deze stoornis volstaat om deze

functioneringsproblemen op te lossen, lijkt het gerechtvaardigd om de diagnose overspanning/burnout achterwege te laten. In alle andere gevallen is het te verkiezen om de diagnose overspanning/burnout te handhaven naast die van een specifieke DSM-IV-stoornis.

OVERWEGINGEN

Er is nog meer onderzoek naar burnout verricht (met name de relatie met fysiologie, epidemiologie, gevolgen voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, en diagnostiek). Omdat het bespreken hiervan naar de mening van de projectgroep niet tot wezenlijk andere consequenties voor het praktisch handelen zal leiden, wordt op dit onderzoek niet nader ingegaan.

3.5 AANBEVELINGEN

In deze richtlijn stellen we de onderstaande definities van overspanning en burnout voor.

DEFINITIE 'OVERSPANNING'

Er is sprake van overspanning als voldaan is aan alle vier onderstaande criteria.

- A Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig:
- moeheid
 - gestoorde of onrustige slaap
 - prikkelbaarheid
 - niet tegen drukte/herrie kunnen
 - emotionele labiliteit
 - piekeren
 - zich gejaagd voelen
 - concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.
- B Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen.
- C Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
- D De distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

Toelichting op de definitie 'overspanning'

Criterium A eist dat er een minimale hoeveelheid distress aanwezig is. In veel gevallen zullen beduidend meer dan drie symptomen aanwezig zijn. Criterium B eist dat er sprake is van stressoren en dat de betrokkene controleverlies of machteloosheid ervaart in het pogen de stressoren te hanteren. De betrokkene weet niet (goed) meer wat te doen. Criterium C eist dat er sprake is van beroepsmatig en/of sociaal disfunctioneren dat duidelijk meer moet zijn dan een beetje minder goed functioneren. Om enige houvast te geven ten aanzien van het bepalen van de ernst van het disfunctioneren stelt de projectgroep het volgende criterium voor:

De betrokkene heeft één of meer sociale rollen voor minstens 50% laten vallen (bijvoorbeeld de rol van werknemer, de rol van huisvader of -moeder). Dat wil dus zeggen dat minimaal één rol voor minder dan 50% van normaal wordt uitgevoerd.

Criterium D eist dat de distress, controleverlies en disfunctioneren niet uitsluitend het directe gevolg zijn van een psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een depressieve stoornis). In de praktijk zien we gevallen waarbij de stress van een overspanning bij daarvoor gevoelige personen onmiddellijk een psychiatrische stoornis laxeert, en gevallen waarbij de stress bij minder gevoelige personen na verloop van tijd een psychiatrische stoornis laxeert. We zien ook gevallen waarin een psychiatrische stoornis aanleiding geeft tot distress en verminderd functioneren. Criterium D laat onverlet dat in aanwezigheid van een psychiatrische stoornis nog steeds de diagnose overspanning gesteld kan worden. Want de psychiatrische stoornis kan op zichzelf een spanningsbron vormen die leidt tot distress, controleverlies en disfunctioneren (volgens criteria A, B en C). Wanneer de diagnose overspanning gesteld wordt naast een psychiatrische stoornis, dan moet ook de overspanning bij de behandeling aandacht krijgen.

DEFINITIE 'BURNOUT'

Er is sprake van burnout als voldaan is aan alle drie onderstaande criteria.

- A Er is sprake van overspanning.
- B De klachten zijn meer dan 6 maanden geleden begonnen.
- C Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

Toelichting op de definitie 'burnout'

Criterium A positioneert burnout als een vorm van overspanning, terwijl criteria B en C aansluiten bij de gangbare beeldvorming omtrent burnout voor wat betreft de chroniciteit van de klachten en het op de voorgrond staan van moeheid en uitputting. De lange duur van de klachten (criterium B) kan wijzen op een minder effectieve copingstijl van de betrokkene. Het benadrukken van moeheid en uitputting (criterium C) kan wijzen op een neiging tot somatiseren. Het nut van het benoemen van 'burnout' is gelegen in het feit dat een minder effectieve copingstijl en een neiging tot somatiseren aandacht in de behandeling behoeven. Daarentegen heeft de projectgroep gemeend dat werkgerelateerdheid geen noodzakelijk kenmerk van burnout is.

3.6 LITERATUUR EN WEBSITES

- Abbey, S. E. & Garfinkel, P. E. 1991, "Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: the role of culture in the making of a diagnosis.", *Am J Psychiatry*, vol. 148, pp. 1638-1646.
- American Psychiatric Association 1994, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Casey, P. 2001, "Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status.", *J Psychiatr Pract*, vol. 7, pp. 32-40.
- Chatel, J. C. & Peele, R. 1970, A centennial review of neurasthenia., *Am J Psychiatry*, vol. 126, pp. 48-55.
- Clarke, D. M. & Kissane, D. W. 2002, Demoralization: its phenomenology and importance., *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 36, pp. 733-742.
- De Figueiredo, J. M. & Frank, J. D. 1982, Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization., *Compr Psychiatry*, vol. 23, pp. 353-363.
- Frank, J. D. 1974, Psychotherapy; the restoration of morale., *Am J Psychiatry*, vol. 131, pp. 271-274.
- Gaillard, A. W. K. 2003, *Stress, productiviteit en gezondheid*. Tweede editie. Nieuwezijds, Amsterdam.
- Hoogduin, C. A. L., Schaufeli, W. B., Schaap, C. P. D. R., & Bakker, A. B. 2001, *Behandelingsstrategieën bij burn-out*. Tweede druk. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Jacobsen, J. C., Maytal, G. & Stern, T. A. 2007, Demoralization in medical practice, *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, vol. 9, pp. 139-143.
- Kraft, Th. B. 1972, *Overspanning*. Bohn, Haarlem.
- Mommersteeg, P.M.C., C.J. Heijnen, M.J.P.M. Verbraak and L.J.P. van Doornen 2006. *Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression test*. *Psychoneuroendocrinology* 31 (2) 216-225. Impact Factor: 4.850 (2006)
- Mommersteeg, P.M.C., G.P.J. Keijsers, C.J. Heijnen, M.J.P.M. Verbraak and L.J.P. van Doornen 2006. *Cortisol Deviations in People with Burnout Before and After Psychotherapy; a Pilot Study*. *Health Psychology* 25 (2) 243-248. Impact Factor: 3.693 (2006)
- Pfeffer, J. M. & Waldron, G. 1987, *Psychiatric differential diagnosis*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Rapport, L. J., Todd, R. M., Lumley, M. A. & Fiscaro, S. A. 1998, The diagnostic meaning of "nervous breakdown" among lay populations, *J Pers Assess*, vol. 71, pp. 242-252.
- Ridner, S. H. 2004, Psychological distress: concept analysis, *J Adv Nurs*, vol. 45, pp. 536-545.
- Romeijnders, A. C. M., Vriezen, J. A., Van der Klink, J. J. L., Hulshof, C. T. J., Terluin, B., Flikweert, S. & Baart, P. C. 2005, Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning, *Huisarts Wet*, vol. 48, pp. 20-23.
- Schaufeli, W. B. 2007, Burn-out in discussie. De stand van zaken, *De Eerstelijns psycholoog*, vol. 42, pp. 534-540.
- Schmidt, A. J. M. 2000, *De psychologie van overspanning*. Theorie en praktijk. Boom, Amsterdam.
- Schmidt, A. J. M. 2001, Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton?, *Huisarts Wet*, vol. 44, pp. 283-287.

- Schröer, C. A. P. 1993, *Verzuim wegens overspanning*. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop, Universiteit Maastricht.
- Swindle, R. Jr., Heller, K., Pescosolido, B. & Kikuzawa, S. 2000, Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period. Mental health policy implications, *Am Psychol*, vol. 55, pp. 740-749.
- Sonnenschein, M., Mommersteeg, P.M.C., Houtveen, J.H., Sorbi, M.J., Schaufeli, W.B., & van Doornen, L.J. 2007. *Exhaustion and endocrine functioning in clinical burnout: An in-depth study using the experience sampling method*. *Biological Psychology* 75(2), 176-184. Impact Factor: 2.715 (2007).
- Terluin, B. 1986, Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorierend onderzoek. *Huisarts Wet*, vol. 29, pp. 261-264.
- Terluin, B. 1994, *Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk*. Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Terluin, B. 1996, De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet*, vol. 39, pp. 538-547.
- Terluin, B., Van der Klink, J. J. L. & Schaufeli, W. B. 2005, *Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burnout*, in *Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*. J. J. L. Van der Klink & B. Terluin, eds., Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, pp. 259-290.
- Van Houdenhove, B. *Stress, het lijf en het brein- Ziekten op de grens tussen psyche en soma*, Terra/Lanno, 2007
- Van der Klink, J. J. L. et al. 2000, *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten*. Richtlijnen voor bedrijfsartsen. NVAB, Eindhoven.
- Van der Klink, J. J. L., Ausems, C. C. M., Beijderwellen, B. D., Blonk, R. W. B., Bruinvels, D. J., Dogger, J., Hoedeman, R., Janssen, J., Loo, M., Nieuwenhuijsen, K., Oeij, T. S., Van Rees, E., Van Rhenen, W. & De Roos, L. 2007, *Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen*. Richtlijn. NVAB, Utrecht.
- Verbraak, M. J. P. M., Kleyweg, J. H. M., Van de Griendt, J. T. M., & Hoogduin, C. A. L. 2008, Nadere verkenning van de psychometrische kwaliteiten van de BurnOut-Neurasthenie Klachten Schaal (BO-NKS): wat valt er te meten? *Dth*, vol. 28, pp. 187-211.
- Winnubst, J. A. M. 1989, *Stress-vocabularium*., *Practitioner (Nederlandse uitgave)*, vol. 6, pp. 237-239.
- World Health Organisation 1992, *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.

WEBSITES

CSR Centrum	http://www.csrcentrum.nl/cms/node/65
Instituut voor Burnout- en Stresshantering	http://www.het-inbosh.nl/pwatburnout.htm
GGZ-consult online	http://www.ggzconsult.com/shw_art.php?id=534
Stichting Burnout	http://www.burnout.nl/watisburnout/watisburnout.htm

4 DIAGNOSTIEK

UITGANGSVRAAG D

Welke meetinstrumenten (checklists, gestructureerde interviews en vragenlijsten) zijn specifiek gericht op assessment bij overspanning, en wat kan gezegd worden over de psychometrische eigenschappen van deze instrumenten?

In het vorige hoofdstuk is uiteengezet dat wij overspanning zien als het kernconcept met burnout als aparte categorie. Om die reden zullen wij instrumenten die specifiek ontwikkeld zijn voor overspanning en burnout niet in afzonderlijke paragrafen bespreken.

Diagnostiek van overspanning is in de praktijk vrijwel altijd onderdeel van een meer omvattende diagnostiek van het psychisch functioneren van de persoon. Het bespreken van de algemene psychische diagnostiek valt buiten het bereik van de hierboven genoemde uitgangsvraag en wij verwijzen daarvoor naar de diverse richtlijnen die voor de drie beroepsgroepen zijn ontwikkeld. Voor eerstelijnspsychologen is dat de richtlijn 'intake en indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen' (Geus & Scholte 2005), voor huisartsen de diverse NHG-standaarden zoals bijvoorbeeld 'depressieve stoornis' (Van Marwijk et al. 2003) en voor bedrijfsartsen de richtlijn 'handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen' (Van der Klink et al. 2007).

De diagnose overspanning moet niet pas gesteld worden nadat een angststoornis en een depressieve stoornis zijn uitgesloten. Het is belangrijk om bij een patiënt met een depressie of angststoornis ook oog te hebben voor de rol van overspanning. Dan zullen interventies die vaak helpen bij overspanning eerder overwogen worden, waardoor de behandeling breder en vollediger kan zijn.

Hierna worden eerst checklists en gestructureerde interviews besproken, gevolgd door een bespreking van vragenlijsten. Bij de bespreking van de verschillende meetinstrumenten worden de criteria toegankelijkheid (beschikbaarheid in het publieke domein, geringe kosten, toepasbaarheid, korte tijd nodig om de vragenlijst in te vullen en te scoren) en bruikbaarheid (levert de vragenlijst echt iets op bij de diagnostiek van overspanning) van groter belang geacht voor de eerstelijns praktijk dan het streven naar volledigheid.

4.1 CHECKLISTS

Blonk et al. (2006) hebben een checklist opgesteld waarin niet wordt ingegaan op de klachten maar waarin wel de belangrijkste knelpunten de revue passeren die aanleiding kunnen geven voor werkstress of overspanning. Knelpunten die worden gecheckt (ja/nee) zijn: 'Taak- en bedrijfsorganisatie' (14 items), 'Werk- en rusttijden' (9 items), 'Mentale belasting' (18 items), 'Emotionele belasting' (12 items).

Van der Klink en Terluin (2005) hebben de 'Checklist voor probleemoriëntatie en eerstelijns diagnostiek' opgesteld. Het instrument is ontwikkeld om de anamnese te ondersteunen. Met deze checklist is goede ervaring opgedaan in de praktijk en alle drie de beroepsgroepen gebruiken dit instrument. De checklist blijft dicht bij de probleemoriëntatie en -classificatie die wordt aanbevolen in de NVAB-richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen' (Van der Klink et al. 2007) en in de LESA 'Overspanning' (Romeinders et al. 2005). Daarom hebben we deze checklist in deze richtlijn opgenomen en op enkele punten aangepast. De twee belangrijkste aanpassingen zijn: (a) de bepaling of er sprake is van overspanning hebben wij aangescherpt met de aanbevolen definitie voor overspanning in deze richtlijn; en (b) met participatie bedoelen wij zowel betaald als onbetaald werk en maatschappelijke activiteiten. Dit laatste betekent dat iedere structurele en terugkomende taak of activiteit die een verplichting inhoudt naar een andere persoon of naar een organisatie wordt opgevat als participatie. Voorbeelden hiervan zijn: vrijwilligerswerk, mantelzorg, huishoudelijke taken, maatschappelijke activiteiten en studeren.

4.1.1 CHECKLIST PROBLEEMORIËNTATIE EN EERSTELIJS DIAGNOSTIEK

Gebaseerd op Van der Klink en Terluin (2005), aangepast voor deze richtlijn (2011).

Voor het vaststellen van een werkhypothese kan gebruik worden gemaakt van onderstaande checklists. Met behulp van de eerste vier worden de klachten en het functioneren in kaart gebracht. Vervolgens komen respectievelijk aan de orde:

- de oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de levensgebieden waarbinnen die factoren spelen
 - de belastbaarheid/verwerkingsvermogen van de patiënt
 - het probleemoplossend vermogen van de omgeving(s-systemen)
 - de visie van de patiënt en van de omgeving.
- Het is niet de bedoeling dat deze checklists als gestructureerd instrument in de dagelijkse praktijk wordt toegepast, daarvoor is deze te uitgebreid.

DEEL 1 SPANNINGSKLACHTEN BEOORDELEN

- **Er is sprake van *overspanning* als voldaan is aan alle vier onderstaande criteria.**
 - A Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig:
 - moeheid
 - gestoorde of onrustige slaap
 - prikkelbaarheid
 - niet tegen drukte/herrie kunnen
 - emotionele labiliteit
 - piekeren
 - zich gejaagd voelen
 - concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.
 - B Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen.
 - C Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
 - D De distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.
- **Er is sprake van *burnout* als tevens voldaan is aan onderstaande criteria E t/m G:**
 - E Er is sprake van overspanning.
 - F De klachten bestaan langer dan 6 maanden
 - G Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

DEEL 2 DEPRESSIE BEOORDELEN

- **Eerst twee screenende vragen (kernsymptomen):**
 - 1 Bent u somber, depressief, bedrukt qua stemming?
 - 2 Bent u alle interesse of plezier kwijt in (bijna) alle activiteiten die u doet?
- **Indien ja op een screenende vraag: twee vervolgvragen (symptomen)**
 - 1 Leidt dit tot belangrijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of tot duidelijk lijden? Doet u dingen niet meer of anders? Bent u er erg ongelukkig onder?
 - 2 Bestaat het al tenminste twee weken (iedere dag en bijna de hele dag)? Of bent u het plezier kwijt in (bijna) alle activiteiten die u doet?
- **Indien ja op beide vervolgvragen: zeven aanvullende vragen (symptomen)**
 - 1 gewicht/eetlust veranderd,
 - 2 slaapstoornissen,
 - 3 agitatie of remming,

- 4 moeheid/verlies van energie,
- 5 besluiteloosheid/ concentratie-problemen,
- 6 gevoelens van schuld of niets waard te zijn,
- 7 terugkerende gedachten aan de dood.

- Indien in totaal (inclusief de twee kernsymptomen) minimaal vijf symptomen aanwezig zijn: dan is een depressieve stoornis zeer waarschijnlijk aanwezig. Raadpleeg de DSM-IV-TR om te komen tot een definitieve classificatie.

DEEL 3 ANGST BEOORDELEN

- **Eerst drie screenende vragen:**
 - 1 bent u vaak angstig, bang?
 - 2 bent u vaak overmatig bezorgd?
 - 3 maakt u wel eens mee dat het zweet u plotseling uitbreekt, dat uw hart begint te bonken, u zich trillerig voelt en/of benauwd?
- **Indien ja op een screenende vraag dan drie vervolgvragen:**
 - 1 Leiden de symptomen tot belangrijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of tot duidelijk lijden? Doet u dingen niet meer of anders? Bent u er erg ongelukkig onder?
 - 2 Bestaat er vermijdingsgedrag?
 - 3 Zijn er dwanggedachten?
- Indien ja op een vervolgvraag: overweeg dat een angststoornis zeer waarschijnlijk aanwezig is. Raadpleeg de DSM-IV-TR om te komen tot een definitieve classificatie.

DEEL 4 FUNCTIONEREN EN CONTROLE BEOORDELEN

1 Welke rollen of taken heeft de patiënt/werknemer laten vallen?

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> . Werkrol . Vrijwilligersrol . Sociale rollen . Gezinsrollen | <p>Vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Wanneer ging het niet meer? . Wat ging er niet meer? . Waarom ging het niet meer? |
|---|--|

2 Welke rollen of taken vult de patiënt/werknemer nog wel in?

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> . Wat gaat er nog wel goed? . Waarom gaat dat nog goed? | <ul style="list-style-type: none"> . Dagstructuur (opstaan, activiteiten, maaltijden) . Zelfverzorging (douchen, scheren, opmaken) . Ontspanning . Gezinstaken en -rollen (kinderen verzorgen, helpen met huiswerk, boodschappen, huishoudelijke taken, klusjes). |
|--|---|

3 Voorgeschiedenis van (dis)functioneren

- . Gingen er al langer dingen niet goed of minder goed?
- . Hoelang bestaan de klachten al?
- . Is er de afgelopen weken/maanden/jaren frequent ad hoc verlof opgenomen, was er kortdurend frequent verzuim?

Betrek het antwoord op deze vragen in uw problemdiagnose (zie 4.1.2 werkhypothese, en uw differentiaal diagnostiek in classificerende zin).

DEEL 5

OORZAKELIJKE, UITLOKKENDE EN ONDERHOUDENDE FACTOREN EN DE LEVENSGEBIEDEN (OMGEVINGSSYSTEMEN, ZOALS WERKOMGEVING, PRIVÉ-OMGEVING, ZORGOMGEVING) WAARBINNEN DIE FACTOREN SPELEN (ALGEMENE CHECKLIST)

- (cumulatie van) stressoren/problemen
- levensgebeurtenissen
- conflicten
- cumulatie van eisen
- gebrek aan regel mogelijkheden
- gebrek aan sociale steun
- ongewenst gedrag
- praktische consequenties/concrete belemmeringen naar het werk toe van bijvoorbeeld verlieservaringen

Mogelijke uitwerking

Categorie

Algemeen: oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de levensgebieden (omgevingssystemen) waarbinnen die factoren spelen (werkomgeving, privé-omgeving, zorgomgeving)

Eisen

Regelruimte

Sociale steun

Voorbeeldvragen

Wie of wat veroorzaakt uw probleem (problemen)?

Wie of wat staat een oplossing van uw probleem (problemen) in de weg?

Wat is de aanleiding om nú hulp te zoeken (u nú ziek te melden)?

Zijn er andere mensen betrokken bij de problemen?

Wie hebben er nog meer last van?

Werkt u vaak tegen een achterstand aan?

Wordt er meer van u gevraagd dan u aankan?

Heeft u veel problemen?

Zijn er het laatste jaar ingrijpende / sterk aangrijpende dingen gebeurd?

Zo ja, op welk gebied?

Kunt u met de problemen die u in uw werk tegenkomt op uw eigen manier omgaan?

Kunt u bij belangrijke dingen zeggen: "ik doe dat zo"?

Krijgt u steun van uw leidinggevende?

Krijgt u steun van uw collega's?

Krijgt u belangrijke informatie voor uw werk altijd tijdig?

Zijn de hulpmiddelen / is de ondersteuning voor uw werk altijd goed geregeld?

Kunt u uw hart wel eens luchten?

Krijgt u steun thuis / van uw vrienden?

DEEL 6**BELASTBAARHEID/VERWERKINGSVERMOGEN VAN DE PATIËNT
(ALGEMENE CHECKLIST)**

- eerdere decompensatie
- frequent verzuim

Indien één van bovenstaande items of beide aanwezig, doorvragen:

- niveau van ervaren controle
- ambitieniveau
- copingrepertoire
- ziektegedrag en op herstel gerichte activiteiten
- rationaliteit van gedachten
- persoonlijkheidsaspecten
- persoonlijke voorgeschiedenis en huidige carrière- en levensfase
- familiale aspecten

Mogelijke uitwerking**Categorie****Voorbeeldvragen**

*Algemeen
indicatief:*

Heeft u wel eens eerder een periode van psychische klachten (overspanning, depressie) doorgemaakt?

*belastbaarheid/
verwerkings-
vermogen
van de patiënt*

Heeft u de afgelopen twee, drie jaar veel problemen ondervonden?

Bent u, de afgelopen periode (al eerder) ziek geweest van de problemen?

Bent u wel eens van baan veranderd vanwege problemen?

Wie of wat zou uw probleem(/problemen) kunnen oplossen?

Appraisal

Denkt u dat de manier waarop u tegen de situatie/problemen aankijkt een rol speelt?

Vindt u een onverwachte storing in uw werk meestal leuk of volgt u liever ongestoord uw planning?

Kunt u, onder tijdsdruk, weleens denken '80% is ook goed genoeg' of moet het voor u altijd 100% zijn?

Vindt u uzelf een positief ingesteld iemand?

Denkt u bij iets nieuws vaak: 'dat is voor mij te moeilijk, dat kunnen ze van mij niet vragen'?

Ergert u er zich vaak aan dat dingen niet helemaal eerlijk toegaan?

Coping

Kunt u meestal snel een oplossing voor uw problemen vinden?

Probeert u een probleem altijd meteen op te lossen of kijkt u soms eerst de kat uit de boom?

Wat hebt u (tot nu toe) gedaan om een oplossing voor uw huidige probleem te vinden?

Wat zou u nog meer kunnen proberen?

Wie of wat zou het probleem(/problemen) kunnen oplossen?

Wat hield u tot nu toe op de been?

Waar put u energie uit / geniet u van?

DEEL 7**PROBLEEMOPLOSSEND VERMOGEN VAN DE OMGEVING(S-SYSTEMEN)
(ALGEMENE CHECKLIST)**

- hoog ziekteverzuim van de afdeling /organisatie
- groot verloop

Indien één van bovenstaande items of beide aanwezig, doorvragen:

- is (blijft) reïntegratie doelstelling
- daadwerkelijke steun daarbij
- mogelijkheden daarbij

Mogelijke uitwerking

Categorie

Voorbeeldvragen

Indicatief:

is er een hoog ziekteverzuim van de afdeling / organisatie?

is er een groot verloop / veel problematiek in de werkomgeving?

Is er hoge medische consumptie / veel problematiek in het gezin?

Algemeen:

Wordt uw probleem (op uw werk / thuis) serieus genomen?

probleemoplossend

Bij wie kunt u op uw werk / thuis terecht met uw problemen?

vermogen van de

Wat heeft 'men' (uw baas / partner/...) tot nu toe bijgedragen om een oplossing te vinden?

omgeving

Wat zou 'men' nog meer kunnen doen?

Worden problemen op uw werk / bij u thuis meestal soepel opgelost?

Denkt u dat uw baas / collega's u terug willen op uw werk?

Zijn ze voor uw gevoel nog even betrokken op de oplossing van uw probleem als (...) weken geleden?

Wat zou in dit verband voor mij nog van belang kunnen zijn om te weten?

DEEL 8

VISIE VAN DE PATIËNT EN VAN DE OMGEVING (ALGEMENE CHECKLIST)

Visie op:

- oorzaken
- oplossingen
- wijze van omgaan met probleem
- motivatie
- verwachting van de begeleiding

Mogelijke uitwerking

Categorie

Voorbeeldvragen

Visie van de patiënt

Wat zou u willen dat er nu op het werk / thuis veranderde?

Wilt u terug naar het werk of voorziet u alleen maar moeilijkheden?

Hoe bent u er aan toe als deze problemen er niet meer zijn?

Wanneer denkt u dit bereikt te hebben?

Wat verwacht u dat ik kan bijdragen aan (verandering in) uw situatie?

Wat verwacht u van andere hulpverleners?

Is dat voldoende voor u om weer verder te kunnen?

Wie of wat zou het probleem(/problemen) kunnen oplossen?

Wat hebt u (tot nu toe) gedaan om een oplossing te vinden?

Hebt u al gepraat met?

Wat zou u nog meer kunnen proberen?

Visie van de omgeving

Is het op de afdeling duidelijk of problemen op het werk hebben bijgedragen aan het ziek worden van x? en zo ja, welke?

Wat zou u kunnen doen om de problemen duidelijk te krijgen?

Is er nagedacht over oplossingen?

Zo ja, hoe zien die er uit?

Is er nagedacht hoe die oplossingen daadwerkelijk kunnen worden toegepast?

Wilt u dat betrokkene terugkomt / -gaat naar het werk of voorziet u alleen maar moeilijkheden?

4.1.2 WERKHYPOTHESE

- 1 *problemdiagnose*
Stel een voorlopige problemdiagnose op door aan de hand van bovenstaande vraagstellingen een beeld op te bouwen waarom deze patiënt op dit moment relevante klachten ervaart en/of zin of controle heeft verloren.
- 2 *Classificatie van de klachten*
Stel vast of er sprake is van overspanning of burnout.
Stel een classificatie vast volgens DSM-IV-TR.

4.2 VRAGENLIJSTEN

Bij het aanbrengen van een ordening maken we onderscheid tussen vragenlijsten die expliciet ontwikkeld zijn om ‘overspanning’ of hieraan sterk verwante concepten te meten en vragenlijsten die dit zijdelings doen doordat een indirecte afleiding te maken valt. Een tweede ordening die gemaakt kan worden is een onderscheid tussen het meten van het ‘toestandsbeeld van de overspanning’ en het meten van de ‘oorzaken van de overspanning’. Bij het meten van overspanning ligt het accent op het meten van klachten en bij het meten van oorzaken worden factoren van de context waarbinnen de overspanning is ontstaan in kaart gebracht. Gemakshalve spreken we hierbij van contextfactoren. In de praktijk houdt dit meestal in het in kaart brengen van stressoren, coping en persoonskenmerken. In paragraaf 4.2.1. worden de vragenlijsten besproken die het toestandsbeeld van overspanning, of hieraan gerelateerde concepten, meten en in paragraaf 4.2.2 worden de vragenlijsten besproken die de contextfactoren meten. Vragenlijsten die zowel het toestandsbeeld zelf als de contextfactoren meten worden twee keer besproken. Bij iedere vragenlijst zal tevens worden aangegeven of er een beoordeling is geweest van de COTAN (Commissie Test Aangelegenheden Nederland van het NIP; Evers et al. 2000). Tevens wordt vermeld waar de vragenlijst verkrijgbaar is en welke kosten er aan zijn verbonden.

4.2.1 METEN VAN HET TOESTANDSBEELD VAN OVERSPANNING/BURNOUT

In Nederland kennen we zes vragenlijsten die het toestandsbeeld van overspanning meten, elk met een andere opzet en een verschillend theoretisch kader. Wij bespreken in deze sectie ook de vragenlijsten die ‘burnout’ meten omdat in onze optiek burnout onderdeel uitmaakt van overspanning.

In het eerste deel worden klachtenlijsten gericht op overspanning en burnout besproken, in het tweede deel algemene klachtenlijsten. De vragenlijsten worden in alfabetische volgorde beschreven.

Overspanning en burnout klachtenlijsten

BurnOut-Neurasthenie Klachtenschaal (BO-NKS)

De BO-NKS (Verbraak et al. 2008) is oorspronkelijk opgezet met het doel de ernst van klinische burnout (werkgerelateerde neurasthenie) te kunnen meten. Hoogduin, Schaap en Methorst (1996) hebben eerder een voorstel gedaan tot het construct klinische burnout. De BO-NKS is het resultaat van een vertaalslag van dit construct naar een vragenlijst. Hoogduin, Schaap en Methorst (1996) stellen klinische burnout voor als een samenvoeging van het cluster van symptomen aangeduid als neurasthenie en enkele vaker beschreven kenmerken van burnout zoals uitputting. De neurasthenie items van de BO-NKS komen redelijk overeen met items die we ook zien in de OK, 4DKL, en VAR, hoewel de BO-NKS meer items over lichamelijke klachten bevat.

De testbetrouwbaarheid is goed tot zeer goed. De BO-NKS kan echter de mensen met burnout niet onderscheiden van mensen met een andere psychische stoornis (Verbraak et al. 2008). De BO-NKS is dus niet geslaagd in zijn doelstelling om burnout te kunnen onderscheiden van andere psychische stoornissen.

Vooralsnog is de positie van de BO-NKS onduidelijk. Ook kan de vraag gesteld worden of het construct van 'klinische burnout' iets wezenlijks toevoegt aan het concept overspanning.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij M. Verbraak (HSK groep). Link: <http://www.hsk.nl>

Checklist Individuele Spankracht (CIS)

De Checklist Individuele Spankracht (CIS; Vercoulen et al. 1994; Beurskens et al. 2000) is een vragenlijst die subjectieve vermoeidheid en gedragsaspecten die hieraan gerelateerd zijn meet. Deze lijst onderscheidt vier subfactoren; 'Ernst van de ervaren vermoeidheid' (8 items), 'Concentratie' (5 items), 'Motivatie' (4 items) en 'Lichamelijke activiteit' (3 items). De psychometrische eigenschappen van de CIS zijn goed. De items van de CIS lijken voor een groot deel te overlappen met de items van de BO-NKS. Uit onderzoek blijkt dat patiënten op de UBOS en de CIS nauwelijks van elkaar zijn te onderscheiden (Leone et al. 2007). In mindere mate lijkt de CIS te overlappen met de OK, 4DKL schaal 'Distress' en de VAR-schaal 'Distress'. Dit is ook logisch omdat overspanning meer symptomen omvat dan moeheid alleen. Zo gezien is de CIS niet geschikt om het toestandbeeld van overspanning te meten. Wel kan de CIS een aanvulling bieden bij het in kaart brengen van moeheid bij overspanning/burnout. In de alledaagse praktijk lijkt de CIS voor dat doel echter niet zoveel toe te voegen aan de UBOS. De CIS is gebruikt in diverse studies naar vermoeidheid bij werknemers. Het blijkt dat werknemers die een score hoger dan 76 op de CIS behalen een groot risico lopen op langdurig verzuim (Bültman et al. 2000; Janssen et al. 2003).

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid.

Link via: <http://www.umcn.nl/>

Depressie-Angst-Stress-Schaal (DASS)

Zoals de naam aangeeft bestaat de DASS (Lovibond & Lovibond, 1995) uit 3 schalen van elk 14 items. Er bestaat ook een verkorte versie van de DASS die in totaal 21 items telt die wat psychometrische eigenschappen nauwelijks onderdoet voor de 42-item versie (Henry & Crawford, 2005). Internationaal is veel onderzoek gedaan naar de DASS. In Nederland hebben Croon e.a. (2005) de DASS onderzocht in een populatie verzuimende werknemers. De DASS werd in dit onderzoek vergeleken met andere angst- en depressielijsten en hun conclusie was dat de DASS betrouwbaar en valide angst en depressie kan meten en dit even goed doet als de 4DKL. De stressschaal is helaas niet onderzocht in het onderzoek van Croon e.a. Een pluspunt voor de DASS ten opzichte van de 4DKL is dat de DASS eenvoudiger en sneller te scoren is. Als we de schaal Stress van de DASS vergelijken met de schaal Distress van de 4DKL dan valt op dat de eerste meer alledaagse stresssymptomen bevat en de schaal Distress van de 4DKL meer de typische klachten van overspanning bevat. Als instrument om routinematig angst- en depressie uit te sluiten is de DASS zeer geschikt. Vanwege het ontbreken van onderzoek en op basis van beoordeling van de items van de schaal Stress van de DASS wordt geconcludeerd dat deze schaal (nog) niet geschikt is als hulpmiddel bij de diagnostiek van overspanning.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos te downloaden. Link via: <http://www.psynip.nl/>

De Overspanningsklachtenlijst (OK)

De Overspanningsklachtenlijst (OK; Schmidt 2001) bestaat uit 22 representatieve items van klachten die gebaseerd zijn op een volledige inventarisatie van chronische stressklachten die vaak in de literatuur worden genoemd. Aan elkaar verwante klachten zijn telkens samengevat in één item. De items van de OK blijken op één dimensie te liggen en hangen onderling sterk samen (Schmidt & Dorant 2007). Acht van de 22 items blijken het sterkst bij te dragen aan deze dimensie - hebben de grootste factorlading- en worden door de auteur gerekend tot het kernconcept van overspanning. Deze items zijn: 'Vergeetachtigheid', 'Geen plezier meer beleven aan dagelijkse dingen', 'Zich niet in staat voelen problemen aan te pakken', 'Interesseverlies', 'Minder presteren', 'Het niet meer aankunnen', 'Moeite hebben met helder denken' en 'Concentratieproblemen'. Op basis van onderzoek wordt een afkapwaarde van 20 gehanteerd voor de optelsom van de acht kernitems als ondergrens om in combinatie met informatie uit de anamnese de diagnose overspanning te kunnen stellen. In het onderzoek naar de OK zijn overspannen werknemers vergeleken met gezonde werknemers en studenten. Het is onduidelijk of

de OK ook overspannen patiënten weet te onderscheiden van bijvoorbeeld depressieve patiënten. Dat wil zeggen dat er geen gegevens bekend zijn over de specificiteit van de OK. Om die reden lijkt de OK (voorlopig) minder geschikt om als zelfstandig instrument te gebruiken bij screening voor overspanning. Wel kan de OK een goede aanvulling zijn op een breder screeningsinstrument zoals de SCL-90, juist omdat de SCL-90 geen schaal bevat die specifieke stressklachten meet die de basis vormen voor overspanning. Als instrument om het beloop van de klachten te volgen is de OK zeer geschikt omdat de vragenlijst zeer beknopt is en alleen het concept meet (overspanning) waar de klachtenreductie bij een overspannen patiënt te verwachten valt.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid Te bestellen bij de auteur voor eenmalige aanschafkosten, waarna voor eigen gebruik gekopieerd mag worden: a.j.m.schmidt@home.nl

Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)

De Utrechtse Burnout Schaal (Schaufeli & Van Dierendonck 2000) is gebaseerd op de Maslach Burnout Inventory (MBI) en meet 3 dimensies van burnout, te weten 'Emotionele uitputting', 'Distantie' en 'Verminderde competentie'. Er bestaan 3 versies van de UBOS: de UBOS-C specifiek voor contactuele beroepen, de UBOS-L specifiek voor leraren en een algemene versie: de UBOS-A. Het aantal items per dimensie verschilt per versie. De algemene versie wordt hier toegelicht.

UBOS-A

De schaal 'Emotionele uitputting' bestaat uit 5 items en richt zich vooral op het zich vermoeid, overbelast, leeg en opgebrand voelen. De schaal 'Distantie' bevat 5 items en kijkt naar een afstandelijke, cynische en weinig betrokken houding ten aanzien van het werk. De 'Verminderde Competentieschaal', bestaat uit 6 items en is gebaseerd op het gevoel dat men het werk aankan, zelfvertrouwen heeft, een positieve bijdrage levert en waardevolle dingen in het werk bereikt. Een hoge tot zeer hoge score op 'Emotionele Uitputting', gecombineerd met een hoge tot zeer hoge score op de subschaal 'Distantie' en een lage tot zeer lage score op de subschaal 'Verminderde Competentie' wijst op burnout. Binnen een niet-klinische setting zou de regel hoge uitputting gecombineerd met een hoge distantie en/of lage verminderde competentie op burnout duiden, de zogenaamde "Uitputting plus één regel". Bij zowel klinische als niet-klinische populaties geldt de regel dat uitputting groter of gelijk moet zijn aan 2.67. Er zijn 14 studies opgenomen in de handleiding van de UBOS en er zijn normen voor verschillende beroepsgroepen. Eveneens zijn er algemene normen voor mensen die werken en werknemers met burnoutklachten.

Op basis van het beschikbare onderzoek is de conclusie dat de UBOS burnout goed in kaart brengt. Ten aanzien van de UBOS in het diagnostisch proces zijn wel enkele kanttekeningen te maken. Ten eerste is ons geen onderzoek bekend waarin de UBOS is onderzocht bij overspannen werknemers. Op basis van de UBOS kan snel tot de conclusie van burnout worden gekomen, maar is dat wel zo? Het zou kunnen zijn dat 'gewone' overspannen werknemers scores behalen boven de afkapwaarden van burnout. Ook is tot op heden niet onderzocht hoe depressieve patiënten op de UBOS scoren. Het lijkt dus onverstandig om de 'diagnose' burnout vast te stellen op basis van de UBOS alleen.

COTAN beoordeling de uitgangspunten bij de testconstructie van de UBOS en de kwaliteit van het testmateriaal goed; de kwaliteit van de handleiding, de normen en de betrouwbaarheid voldoende; de begrips- en criteriumvaliditeit goed.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: <http://www.pearson-nl.com>

Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

Als hulpmiddel bij de diagnostiek van psychische klachten in het algemeen en overspanning in het bijzonder wordt zowel in de NVAB-richtlijn van de bedrijfsartsen als in de NHG-standaard van de huisartsen de 4DKL (Terluin 1996) aanbevolen (Romeijnders et al. 2005). De 4DKL heeft als doel distressklachten te onderscheiden van depressie, angst en somatisatie. De 4DKL kan handmatig en met behulp van de computer worden gescoord. De vragenlijst bestaat uit 50 items; 16 items voor 'Distress', 6 items voor 'Depressie', 12 items voor 'Angst' en 16 items voor 'Somatisatie'. Een hogere distress-score (> 20) in combinatie met relatief lage scores voor depressie, angst en somatisatie is indicatief voor overspanning.

De toegevoegde waarde voor de klinische praktijk is dat de 4DKL kan helpen bij het onderscheiden van distress, angst, depressie en somatisatie. Als screeningsinstrument is de 4DKL zeer geschikt. Als we kijken naar de itempool van de schaal Distress dan lijkt de Distress-schaal van de 4DKL het concept overspanning iets minder evenwichtig in kaart te brengen in vergelijking met de OK. Bij individueel gebruik in de klinische praktijk kan gebruik worden gemaakt van normscores voor onderscheiden doelgroepen (Terluin 1998a, 1998b, 1996).

COTAN beoordeling de uitgangspunten bij de testconstructie en de begripsvaliditeit zijn als goed beoordeeld; de kwaliteit van het testmateriaal, de betrouwbaarheid en de criteriumvaliditeit zijn als voldoende beoordeeld; de kwaliteit van de handleiding en de normen zijn als onvoldoende beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij het EMGO instituut. Link: <http://www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp>

Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR)

De VAR telt 78 items verdeeld over acht schalen: 'Distress', 'Klachteninterferentie', 'Werkdruk', 'Weinig regelmogelijkheden', 'Arbeidsonvrede', 'Vermijding/onzekerheid', 'Perfectionisme/ijverigheid' en 'Belastende thuissituatie'. De VAR meet met de schaal 'Distress' het toestandsbeeld en met de overige schalen worden stressbronnen in kaart gebracht. De psychometrische eigenschappen van de VAR zijn goed tot zeer goed (Vendrig 2005). De items (13) van de Distress-schaal van de VAR komen voor een deel overeen met de items (16) van de Distress-schaal van de 4DKL. De Distress-schaal van de VAR bevat meer items over moeheid dan de Distress-schaal van de 4DKL en de OK. De Distress-schaal van de VAR is niet geconstrueerd om een zo zuiver mogelijke meting te verzorgen van overspanning zoals de OK maar is meer bedoeld om een globale indruk te krijgen van de aanwezige psychische spanning in een individu, dat wil zeggen het meten van de aspecifieke stresscomponent. Als hulpmiddel bij de screening van overspanning duikt hier hetzelfde probleem op als bij de OK: verhoogde scores op de schaal Distress verwijzen hoogst waarschijnlijk niet naar overspanning alleen. Dit zien we ook bij de 4DKL; depressieve patiënten scoren verhoogd op zowel de Distress-schaal als op de Depressie-schaal van de 4DKL; overspannen patiënten scoren ook verhoogd op de Distress-schaal, maar niet op de Depressie-schaal. Omdat naar de 4DKL aanzienlijk meer onderzoek is verricht in vergelijking met de VAR lijkt de voorkeur uit te gaan naar de 4DKL voor het alleen meten van klachten. De toegevoegde waarde van de VAR lijkt vooral uit te gaan naar het in kaart brengen van de mogelijke stressbronnen.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij de auteur. Link: <http://www.vendrig.praktijkinfo.nl>

Algemene klachtenlijsten

De tot dusver besproken vragenlijsten zijn allemaal ontwikkeld om een beperkt klachtengebied te meten. In de dagelijkse praktijk maken de meeste psychologen gebruik van generieke klachtenlijsten zoals de Symptom Checklist-90 (SCL-90, Arrindell, & Ettema, 1986, herzien in 2003) en de Brief Symptom Inventory (BSI; Beurs, 2006). Er is geen onderzoek gedaan naar SCL-90 of BSI profielen van werknemers die overspannen zijn. Uit onderzoek van Terluin et al. (2009) komt naar voren dat de Distress-schaal van de 4DKL vrij sterk (.86) correleert met de Depressieschaal van de SCL-90. Aspecifieke psychische klachten zijn klachten die niet specifiek zijn voor een bepaalde stoornis maar bij alle stoornissen kunnen voorkomen.

Omdat de SCL-90 en de BSI geen afzonderlijke schaal bevatten voor aspecifieke psychische klachten ofwel 'distress' die zo kenmerkend zijn voor overspanning, bieden de algemene klachtenlijsten weinig directe ondersteuning om de diagnose overspanning te onderbouwen. De distress-items zijn verdeeld over alle schalen van de SCL-90 en BSI (Terluin et al. 2009). De SCL-90 en BSI zijn wel behulpzaam bij het in kaart brengen van specifieke psychische stoornissen zoals een angststoornis en een depressieve stoornis. Lichte tot matige verhogingen zijn te verwachten op de meeste schalen van SCL-90 en BSI bij de overspannen patiënt, zonder dat enkele schalen extreem zijn verhoogd.

SCL- 90: 6 groepen	
COTAN beoordeling SCL-90	Betrouwbaar bevonden: goede interne consistentie. Geschikt bevonden om potentiële psychiatrische patiënten onder bevolking te detecteren. Diverse positieve aanwijzingen voor validiteit: goede divergente en discriminerende factoren.
Verkrijgbaarheid	tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: http://www.pearson-nl.com
COTAN beoordeling BSI	niet beoordeeld. Zie artikel van Beurs E de, Zitman FG (2006) over betrouwbaarheid en validiteit van het instrument.
Verkrijgbaarheid	bij auteur E de Beurs via NVvP: http://www.nvvp.net/nvvp/contact/

4.2.2 METEN VAN CONTEXTFACTOREN BIJ OVERSPANNING

In paragraaf 4.2.1 staan vragenlijsten die het accent leggen op het meten van het toestandbeeld van overspanning. In de diagnostische screenende fase is het niet alleen van belang om te weten of er nu wel of niet sprake is van een overspanning. De arts of eerstelijnspsycholoog zal in gevallen waarin er sprake is van overspanning ook iets te weten willen komen over de aanwezigheid van belastende factoren. We willen daarom tevens zaken meten over de context waarin de overspanning is ontstaan. Meestal wordt een onderscheid gemaakt in: stressoren, kenmerken van de werksituatie, copinggedrag en persoonlijkheidskenmerken. We richten ons in deze bespreking voornamelijk op instrumenten die zijn ontwikkeld om belastende situaties in de werkcontext te meten.

Belastende situaties in de werkcontext

Job Content Questionnaire (JCQ)

De Job Content Questionnaire (JCQ; Karasek et al.1998; Houtman 1995) is gebaseerd op het Job Demand Control Support model van Karasek. De JCQ bevat vijf schalen; 'Psychologische taakeisen', 'Sturingsmogelijkheden', 'Ondersteuning door leidinggevende', 'Ondersteuning door collega's' en 'Lichamelijke taakeisen'. Met de JCQ kunnen de door de werknemer waargenomen zwaarte van het werk, de regel-mogelijkheden en de sociale steun op het werk in kaart worden gebracht. Uit onderzoek blijkt dat de JCQ betrouwbaar is en samenhangt met een aantal gezondheidsvariabelen en werkvariabelen (Doef & Van der Maes, 1999). Het voordeel van de JCQ is dat deze gebaseerd is op een gangbare theorie over werkstress waar veel onderzoek naar is gedaan. Nadeel van de JCQ is dat er alleen normgegevens zijn van gezonde werknemers waardoor interpretatie bij overspannen werknemers enigszins bemoeilijkt wordt.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij I. Houtman, TNO Arbeid. Link: <http://www.arbeid.tno.nl>

Job Stress Survey (JSS)

De Job Stress Survey (JSS; Spielberger en Vagg 1999; Wolff et al. 2002) meet twee aspecten van de arbeidssituatie die werkstress kunnen veroorzaken: 'Werkdruk' en 'Sociale steun'. De JSS telt 30 items. Daarnaast wordt een totaalscore voor 'Werkstress' berekend die voor tweederde uit items van deze beide schalen bestaat. Voor zowel werkdruk, sociale steun als werkstress wordt een intensiteit- en een frequentiescore berekend, alsmede een totaalscore die het product van beiden is. De JSS is genormeerd voor groepen gezonde werknemers. Omdat normgegevens van patiënten ontbreken bestaat de kans dat de ernst van de stressbronnen te hoog wordt ingeschat. De JSS meet een klein facet van het totale spectrum van de psychosociale arbeidsbelasting en lijkt om die reden minder geschikt als screeninginstrument in de eerste lijn.

COTAN beoordeling betrouwbaarheid en testmateriaal goed en op alle andere onderdelen onvoldoende.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: <http://www.pearson-nl.com/>

Sociale Veiligheidsindex (SVI)

Gevoelens van onveiligheid is een van de stressoren die kan leiden tot stressreacties en uiteindelijk tot overspanning. Recentelijk is een instrument uitgebracht dat sociale (on)veiligheid meet. De term

'sociale veiligheid binnen de werkomgeving' verwijst naar de bescherming of het zich beschermd voelen tegen gevaar dat veroorzaakt wordt door of dreigt van de kant van menselijk handelen in relatie tot het uitoefenen van arbeid. De SVI (Verschuren, 2009) telt 154 items verdeeld over 5 hoofdschalen: organisatiekenmerken, incidenten, wijze van hanteren, gevolgen, en beleidsmaatregelen. Iedere hoofdschaal bestaat uit een aantal subschalen. De meerwaarde van de SVI is dat deze lijst een tot nu toe bestaande leemte opvult in het onderzoek naar stressbronnen bij bedrijven. De SVI biedt de mogelijkheid om organisatiebeleid van bedrijven met betrekking tot sociale veiligheid handen en voeten te geven. Ook kunnen bedrijven onderling vergeleken worden. De SVI kan ook worden toegepast bij individuele patiënten.

Als breed screeningsinstrument van de psychosociale belasting van werknemers is de SVI minder geschikt omdat het slechts een beperkte groep van stressoren, te weten sociale onveiligheid, in de diepte meet. De gehanteerde normgroep bestaat voor 97,5% uit vrouwen en bestaat qua werksector uitsluitend uit thuis- en alfa-hulpverleners, hetgeen in de dagelijkse klinische praktijk generalisatie bemoeilijkt. Er zijn geen normgegevens bekend van overspannen of verzuimende werknemers, en de SVI is nog niet gevalideerd met externe criteria. Vooralsnog heeft de SVI de status van een instrument met een potentieel toegevoegde waarde waarnaar eerst meer onderzoek moet worden gedaan voor wat betreft de validiteit en de normgegevens.

COTAN beoordeling nog niet aangemeld.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij testuitgever Pearson.

Link: <http://www.pearson-nl.com/> en <http://www.stagira.nl>.

Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR)

De Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR; Vendrig 2005, 2007) telt 78 items verdeeld over acht schalen: 'Distress', 'Klachteninterferentie', 'Werkdruk', 'Weinig regelmogelijkheden', 'Arbeidsonvrede', 'Vermijding/onzekerheid', 'Perfectionisme/ijverigheid', en 'Belastende thuissituatie'. Het doel van de VAR is globale screening van de totale psychosociale arbeidsbelasting, en in het verlengde hiervan van de werknemers die kortdurend verzuimen diegenen te selecteren die een groot risico lopen langdurig te gaan verzuimen. De VAR is gebaseerd op een model waarin psychische klachten en ervaren beperkingen (klachteninterferentie) verondersteld worden direct de verzuimduur te beïnvloeden. Enkele gangbare theorieën zijn in de VAR verwerkt: het Job Demand Control Support model, relevant copinggedrag (passief/vermijndend en overactief), en het concept van 'illness behaviour'. De psychometrische eigenschappen zijn goed tot zeer goed (Vendrig 2005). De VAR is genormeerd op verzuimende werknemers met uiteenlopende klachten. De VAR blijkt bij werknemers die kortdurend verzuimen voorspellend te zijn voor het optreden van langdurig verzuim (Vendrig 2007). De verhouding tussen de omvang van de test en het meetbereik (het aantal concepten of dimensies dat een test kan meten) is gunstig voor de VAR. De VAR lijkt om die reden voor de eerstelijns een geschikt instrument te zijn om een idee te krijgen van de contextfactoren bij overspanning. Het probleem van de normering die zich bij de VBBA en de JJS voordoet, is niet aan de orde bij de VAR. Een kritische noot met betrekking tot de VAR is dat er nog niet zoveel onderzoek naar is gedaan.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid kosteloos bij de auteur. Link: <http://www.vendrig.praktijkinfo.nl>

Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)

De Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA; Van Veldhoven & Meijman, 1994; Van Veldhoven et al. 2002) is een instrument dat psychosociale arbeidsbelasting en werkstress meet. De schalen en losse vragen zijn gegroepeerd rond de thema's: 'Taakeisen', 'Veelzijdigheid van het werk', 'Regelmogelijkheden in het werk', 'Sociaal-organisatorische aspecten', 'Arbeidsvoorwaarden', 'Welbevinden en spanning'. Voor het interpreteren van de resultaten van VBBA-onderzoek wordt gebruik gemaakt van referentiegegevens. Er kan gebruik worden gemaakt van verschillende referentiegroepen. Zo zijn er naast de referentiegegevens van de totale Nederlandse beroepsbevolking ook referentiegroepen van verschillende branches. De complete VBBA omvat 201 vragen verdeeld over 27 schalen met 42 aanvullende losse vragen. De volledige lijst is in de praktijk niet altijd handzaam te gebruiken. Naast de volledige VBBA is er ook een verkorte versie (VBBA-kern) die bestaat uit 14 schalen met 108 vragen en zijn er nog twee andere kortere versies.

De VBBA kan in geringe mate (8% verklaarde variantie) toekomstig verzuim voorspellen (Smulders & Winter 1993). Naar de schaal 'Herstelbehoefte' van de VBBA is in Nederland veel onderzoek gedaan. Deze schaal meet de behoefte aan herstel na het werk en kan gezien worden als een indicatie voor de totale werkbelasting. Bij een score van 6 of meer (op een schaal van 0-11) wordt geadviseerd op individueel niveau actie te ondernemen (Broersen et al. 2004).

Met betrekking tot diagnostiek van belastende psychosociale factoren bij overspanning doet zich wel een probleem voor. De normgegevens van de VBBA hebben betrekking op populaties gezonde werknemers. Negatieve affectiviteit blijkt voor confounding te zorgen in de relatie tussen beoordeling van psychosociale oorzaken en gerapporteerde stressreacties (Kwaastniet 1993). Beoordeling van de VBBA bij individuele patiënten kan zo gemakkelijk tot overschatting van de ernst van de psychosociale oorzaken leiden. De kracht van de VBBA lijkt met name te zitten bij beoordeling van de psychosociale arbeidssituatie op groepsniveau.

COTAN beoordeling de betrouwbaarheid en validiteit van de VBBA zijn als goed en voldoende beoordeeld, de normen van de VBBA zijn als onvoldoende beoordeeld.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij SKB. Link: <http://www.skbs.nl>

De Dutch Workaholism Scale (DUWAS)

De Dutch Workaholism Scale (Schaufeli, Wijhe, Peeters, & Taris, 2011) meet de door Oates gelanceerde definitie van werkverslaving als '... the compulsion or uncontrollable need to work incessantly' (1971, p. 11). De DUWAS is een korte zelfbeoordelingslijst en bestaat uit twee subschalen van ieder vijf items: excessief werken (EW) en compulsief werken (CW). Er zijn geen gegevens bekend over de test-hertestbetrouwbaarheid. De interne consistentie van de twee schalen is bevredigend. De DUWAS is genormeerd op basis van een zeer grote steekproef (n = 11.060) uit de Nederlandse beroepsbevolking. Voor de DUWAS zijn ook normen opgesteld voor de afzonderlijke twee schalen zodat werknemers op beide aspecten beoordeeld kunnen worden. De DUWAS is gecorreleerd met verschillende omgevingskenmerken, persoonlijkheidskenmerken en uitkomsten zoals arbeidssatisfactie en uitputting. De twee subschalen vertonen correlaties in de verwachte richtingen. Echter, de combinatie van de twee subschalen voegt niet zoveel toe aan wat een van de twee subschalen ook al meten. Met name de subschaal compulsief werken lijkt het meest problematisch voor psychische gezondheid. Personen die alleen hoog scoren op excessief werken lijken weinig problemen te ondervinden. Er is geen prospectief onderzoek verricht naar de voorspellende waarde van de DUWAS met betrekking tot de ontwikkeling van overspanning of verzuimuitval. Ook zijn er geen gegevens bekend over personen die overspannen zijn. Vanwege het smalle meetbereik lijkt de toegevoegde waarde bij de diagnostiek van overspanning gering. De toepassing lijkt meer te liggen bij screening van gezonde werknemers die mogelijk een risico lopen op overspanning of burnout. Of de DUWAS inderdaad een goede individuele voorspelling kan leveren van toekomstige overspanning of burnout zal afhangen van de uitkomsten van prospectief onderzoek.

COTAN beoordeling niet beoordeeld.

Verkrijgbaarheid de DUWAS is opgenomen in de publicatie van de Schaufeli et al., 2011.

4.2.3 PERSOONLIJKHEID EN COPINGGEDRAG

Om tot een goede beoordeling te komen van de overspannen patiënt dient de eerstelijnspsycholoog of arts ook zicht te krijgen op relevant copinggedrag en de persoonlijkheid van de betrokkene. Kenmerken zoals conflicten ontlopen, omgaan met grenzen, vermijdingsgedrag, subassertiviteit, etc. kunnen een beslissende rol spelen bij het ontstaan van de overspanning en meestal zal de patiënt iets moeten gaan doen met deze kwetsbaarheden om een toekomstige episode van overspanning te voorkomen.

Sommige van de hiervoor besproken vragenlijsten die werkcontextfactoren meten, meten tevens copinggedrag. Een korte copinglijst zoals bijvoorbeeld de UCL (Schreurs et al. 1984, Schreurs, Van de Willige, Tellegen & Brosschot, 1993) kan een eerste beoordeling van de overspannen patiënt meer compleet maken.

Een omvangrijk onderzoek naar de persoonlijkheid en het copinggedrag is in de eerste lijn meestal niet te realiseren vanwege de kenmerken van de eerste lijn, namelijk een laagdrempelige en snelle

aanpak. Uitgebreid onderzoek naar de persoonlijkheid is te overwegen bij stagnatie. Meestal zal ook een 'niet-pluis' gevoel meespelen om te besluiten tot een meer uitgebreid onderzoek. Bijvoorbeeld als de persoon een geschiedenis laat zien van frequent verzuim of eerdere episoden van overspanning, of geregeld conflicten heeft met collega's of leidinggevendenden, etc. Uit een studie van Meijs en Eurlings-Bontekoe (2009) bleek dat bij jonge vrouwen die vanwege psychische oorzaken in de WAO komen relatief veel persoonlijkheidsstoornissen voorkomen. Het bespreken van persoonlijkheidsvragenlijsten wordt hier verder buiten beschouwing gelaten.

UCL

COTAN-beoordeling De herziene UCL schalen (1993) hebben een redelijke interne consistentie. Uit correlaties met andere tests werden voor alle subschalen diverse aanwijzingen gevonden voor begripsvaliditeit.

Verkrijgbaarheid tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: <http://www.pearson-nl.com/>

4.3 AANBEVELINGEN

- Of er sprake is van overspanning dient eerst duidelijk te worden op basis van de anamnese (zie de gestelde criteria in paragraaf 3.5). In aanvulling op de anamnese kunnen vragenlijsten worden gebruikt.
- Alle disciplines kunnen terugvallen op de aangepaste checklist van Van der Klink & Terluin (zie paragraaf 4.1.1) omdat daarmee alle relevante domeinen bevroegd worden die in de anamnese aan de orde kunnen komen. Het is niet de bedoeling dat deze checklists als gestructureerd instrument in de dagelijkse praktijk wordt toegepast, daarvoor is deze te uitgebreid.
- Als ondersteuning bij de diagnostiek van overspanning is de 4DKL het meest geschikt voor bedrijfsartsen en huisartsen.
- Als ondersteuning bij de diagnostiek van overspanning kunnen psychologen een keuze maken tussen de 4DKL of de OK. De OK wordt aanbevolen als de SCL-90 of BSI al standaard wordt afgenomen. Als dit niet het geval is wordt de 4DKL aanbevolen.
- Indien er onvoldoende duidelijkheid bestaat over de bijdrage van contextfactoren dan kunnen optioneel extra vragenlijsten worden in gezet. De checklist van Blonk et al. is een beknopt gestructureerd interview. De VAR laat van alle vragenlijsten die contextfactoren meten de beste balans zien tussen aantal items, psychometrische eigenschappen en het aantal relevante factoren dat gemeten wordt.

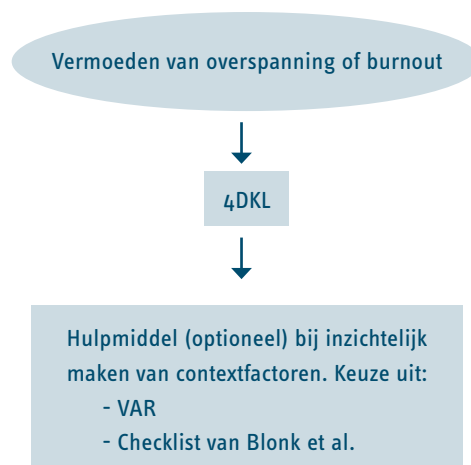


Fig 4.1 Flowchart diagnostiek bij overspanning/burnout voor bedrijfsarts en huisarts

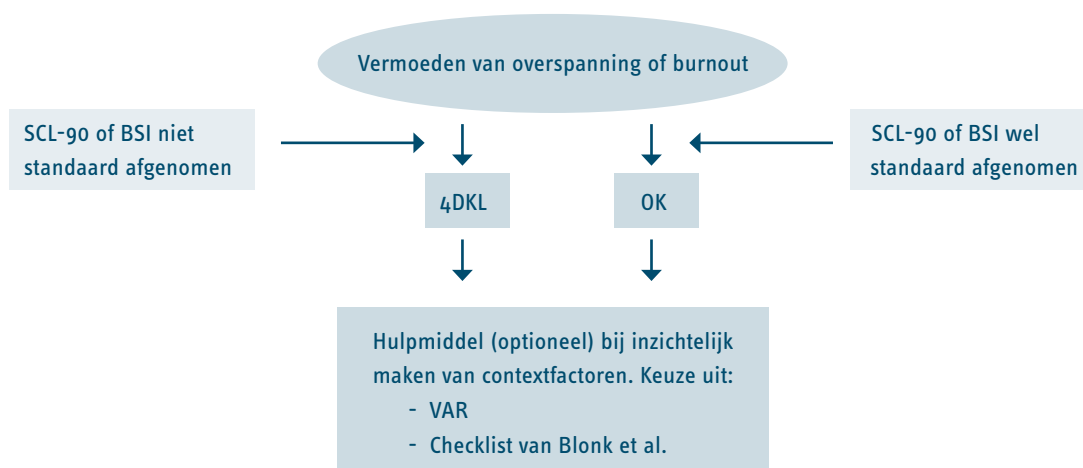


Fig 4.2 Flowchart diagnostiek bij overspanning/burnout voor eerstelijnspsycholoog

4.4 LITERATUUR

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. 1986, SCL-90, *Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. 2003, SCL-90: *Herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Beurs, E. de, Zitman, F.G., (2006). *De Brief Symptom Inventory (BSI)*: De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Beurs, E., de 2006, *Handleiding Brief Symptom Inventory*. Leiden: PITS B.V.
- Beurskens, A.J.H.M., Bültmann, U., Kant, I.J., et al. 2000. *Fatigue among working people: validity of a questionnaire measure*. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57, 353-357.
- Blonk, R.W., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S.E., & Houtman, I.L.D. 2006, Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work and Stress*, 20, 129-144.
- Broersen, J.P.J., Fortuin, R.J., Dijkstra, M., Veldhoven, M. van, Prins, J. 2004, Monitor arboconvenanten: kengetallen en grenswaarden. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 12, 100-104.
- Bültmann, U., Vries, M. de, Beurskens, A.J., Bleijenberg, G., Vercoulen, J.H., Kant, I. 2000, Measurement of prolonged fatigue in the working population: determination of a cutoff point for the checklist individual strength. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 411-416.
- Croon, E.M., de, Nieuwenhuijsen, K., Hugenholtz, N.I.R., & Dijk, F.J.H., van (2005). Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststoornissen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 13, 98-103.
- Doef, M., Meas, S., van der 1999, The Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, 13, 87-114.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. 2000, *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum
- Geus, M. & Scholte, M. 2005, *Begrijp ik u goed?* Richtlijn intake en indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE/NIZW-SB.
- Henry, J.D., & Crawford, J.R. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 111-131.
- Hoogduin, C.A.L., Schaap, C.P.D.R. & Methorst, G.L. 1996, *Burnout: klinisch beeld en diagnostiek*. In: C.A.L. Hoogduin, C.P.D.R., Schaap, A.J., Kladler, & Hoogduin W.A. (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij burnout* (pp. 33-41). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Houtman, I. 1995, Reliability and validity of the Dutch version of the Karasek Job Content Questionnaire. *NIOSH/ APA conference on stress, work and health*. Washington, DC: APA.

- Janssen, N., Kant, I.J., Swaen, G.M.H., Janssen, P.P.M. & Schröer, C.A.P. 2003, Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 171-176.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. 1998, The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 322-355.
- Kwaasteniët, M.J., de 1993, *Inkleuring bij invulling: onderzoek naar de invloed van het persoonskenmerk negatieve affectiviteit op het invullen van stress- en gezondheidsklachtenvragenlijsten, en op gezondheids-gedragingen zoals verzuim, artsbezoek en ziekenhuisopname*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.
- Leone, S.S., Huibers, M.J., Knottnerus, J.A., & Kant, I.J. 2007, *Similarities, overlap and differences between burnout and prolonged fatigue in the working populations*. *QJM*, 100, 617-627.
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.)*. Sydney: Psychological Foundation.
- Van der Klink, J. J. L., Ausems, C. C. M., Beijderwellen, B. D., Blonk, R. W. B., Bruinvels, D. J., Dogger, J., Hoedeman, R., Janssen, J., Loo, M., Nieuwenhuijsen, K., Oeij, T. S., Van Rees, E., Van Rhenen, W. & De Roos, L. 2007, *Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen*. Richtlijn. NVAB, Utrecht.
- Marwijk, H.W.J., Van, Grundmeijer, H.G.L.M., Bijl, D., Van Gelderen, M.G., De Haan, M., Van Weel-Baumgarten, E.M., Burgers, J.S., Boukes, F.S. & Romeijnders, A.C.M. 2003, NHG-standaard depressieve stoornis (eerste herziening). *Huisarts & Wetenschap*, 46, 614-623.
- Meijs, R. & Eurlings-Bontekoe 2009, *Jonge vrouwen in de WAO*. Afstudeerscriptie: Universiteit Leiden.
- Oates, W. 1971, Confessions of a 'workaholic' (a serious jest). *Pastoral Psychology*, 19, 16-20.
- Robinson, B.E. & Philips, B. 1995, Measuring workaholism: content validity of the Work Addiction Risk Test. *Psychological Reports*, 77, 657-658.
- Romeijnders, A.C.M., Vriezen, J.A., Klink, J.J.L. van der, Hulshof C.T. J., Terluin, B., Flikweert, S. & Baart, P.C. 2005, Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken overspanning. *Huisarts en Wetenschap*, 48, 20-23.
- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D., van 2000, *UBOS – Utrechtse Burnout Schaal*. Lisse: Harcourt.
- Schaufeli, W., Wijhe, C. van, Peeters, M., & Taris, T. (2011). Werkverslaving, een begrip gemeten. *Gedrag en Organisatie*, 24, 43-63.
- Schmidt, A.J.M. 2001, Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton. *Huisarts en Wetenschap*, 44, 283-287.
- Schmidt, A.J.M. & Dorant, E. 2007, De Overspanningsklachtenlijst: achtergronden en praktische toepassing. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 15, 25-27.
- Schreurs, P.J.G., Tellegen, B. & Willige, G., van de 1984, Gezondheid, stress en coping: de ontwikkeling van de Utrechtse Coping Lijst. *Gedrag: tijdschrift voor psychologie*, 12, 101-117.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J. F., Tellegen, B. & Graus, G. M. H. (1993), *Herziene handleiding UCL*, Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Smulders, P.G.W. & Winter, C.R., de 1993, De voorspellende waarde van arbeidssituatie en gezondheid voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In: Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M. (Red.), *Handboek arbeid en gezondheidspsychologie. Deel 2: toepassingen*. Utrecht: LEMMA.
- Spielberger, C. D. & Vagg, P. R. 1999, *The Job Stress Survey: JSS professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Taris, T.W., Schaufeli, W.B., Van Hoogenhuyze, C.L.P. & Zon, A.C.B. 2003, Werkverslaving, stress en gezondheid: Ontwikkeling en validatie van een Nederlandse workaholisme-schaal. *Gedrag en Gezondheid*, 23, 2-18.
- Terluin, B.1996, De Vierdimensionele klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en Wetenschap*, 39, 538-547.
- Terluin, B. 1998a, De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. Psychodiagnostisch gereedschap. *De Eerstelijns psycholoog*, 33, 18-24.
- Terluin, B. 1998b, Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen*, 76, 435-441.
- Terluin, B. & Klink, J.J.L. 2005, Diagnostiek. In: J.J.L. van der Klink & B. Terluin (red.), *Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts* (pp. 21-46). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Terluin, B., Neeleman-van der Steen, K., Verbraak, M., Smitskamp, J. & Duijsens, I. 2009, Vergelijking van de Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL) en de Symptom Checklist (SCL-90). Kunnen SCL-90 scores worden voorspeld op basis van 4DKL-scores? *De Eerstelijns psycholoog (in druk)*.
- Veldhoven, M. van, & Meijman, T.F. ,1994, *Het meten van psychosociale arbeidsbelasting met een vragenlijst: de vragenlijst beleving en beoordeling van de arbeid (VBBA)*. Amsterdam: NIA.
- Veldhoven, M., van, Meijman, T.F., Broersen, J.P.J. & Fortuin, R.J. 2002, *Handleiding VBBA*. Amsterdam: SKB Vragenlijst Services.
- Vendrig, L. 2005, De Vragenlijst ArbeidsReïntegratie. *Diagnostiekwijzer*, 8, 27-39.
- Vendrig, L. 2007, Risico op langdurig verzuim onderzocht met de Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR). *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, 85, 386-391.
- Verbraak, M.J.P.M., Griendt, J.T.M. & Hoogduin, C.A.L. 2006, Ontwikkeling van de Burnout-Neurasthenie Klachtenschaal (BO-NKS). *Diagnostiekwijzer*, 9, 30-53.
- Verbraak, M., Kleyweg, J., Griendt, J., van de & Hoogduin, K. 2008, Nadere verkenning van de psychometrische kwaliteiten van de BurnOut-Neurasthenie Klachten Schaal (BO-NKS): wat valt er te meten? *Directieve Therapie*, 28, 187-211.
- Vercoulen, J.H.M.M., Swanink, C.M., Fennis, J.F., et al. 1994, Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 383-392.
- Verschuren, C.M. 2009, *Handleiding Sociale Veiligheidsindex (SVI)* Amsterdam: Pearson Assessment.
- Wolff, B., de, Swinnen, L., Fruyt, F., de, Wolff, C., de & Spielberger, C.D. 2002, *Job Stress Survey. Handleiding*. Amsterdam: Pearson.

5 BEHANDELING

UITGANGSVRAAG E

Welke behandelingen zijn effectief bevonden bij overspanning, en kan er iets gezegd worden over prognostische factoren, indicaties en contra-indicaties voor deze behandelingen?

PM. Hier valt ook medicatie onder.

PM. Aandacht voor gender.

5.1 BESCHRIJVING LITERATUURSEARCH EN LITERATUURSELECTIE

Om de uitgangsvraag te beantwoorden is voortgebouwd op de eerder door Terluin verrichte review (Terluin 2005). Er is gezocht naar relevante wetenschappelijke literatuur in PubMed, Psycinfo en de Cochrane library of clinical trial vanaf 2003 en tot augustus 2008. De volgende zoektermen zijn gebruikt: - nervous breakdown, adjustment disorder, neurasthenia, mental fatigue, minor depression, mixed anxiety-depression, emotional disorder, minor psychiatric disorder, chronic stress, stress-related disorder, burnout, work-, job-, of occupational stress, in combinatie met: - therapy, treatment, counselling, guidance, drug therapy, behaviour therapy, cognitive therapy, RET, stress management, relaxation, intervention, vocational rehabilitation, managed care programs, stepped care, shared care.

De search leverde in eerste instantie 321 artikelen op uit Pubmed, 196 uit PsycINFO en 119 uit de Cochrane Clinical Trials. Van deze 636 referenties bleven na ontdebelling 577 artikelen over die zijn beoordeeld op titel en abstract. Van deze artikelen zijn 111 full text opgevraagd en nader bestudeerd (Pubmed: 63, PsycINFO: 33, Cochrane: 15). Na de formele search verschenen begin 2009 de artikelen van de RCT van Rebergen (Rebergen et al. 2009). De bevindingen van deze studies vormen samen met de eerder genoemde bronnen de basis voor de wetenschappelijke onderbouwing van de conclusies in dit hoofdstuk. Uiteindelijk zijn 22 artikelen geselecteerd.

5.2 SAMENVATTING VAN DE LITERATUUR

Van de geselecteerde 22 artikelen rapporteerden er 5 over het effect van medicamenteuze behandelingen en 18 over niet-medicamenteuze behandelingen (één artikel rapporteert over beide behandelingen). Wetenschappelijke evidenties voor behandelingen bij overspanning en burnout zijn beperkt. Mede doordat de in Nederland gebruikte terminologie vergelijking met onderzoeken in het buitenland moeilijk maakt. Hierover rapporteerden we eerder in deze richtlijn in [paragraaf 3.2](#).

5.3 MEDICAMENTEUZE BEHANDELINGEN

Voor medicamenteuze behandelingen bij overspanning/burnout ontbreekt wetenschappelijke onderbouwing. In de eerder verrichte review trof Terluin et al 4 studies naar een mogelijk effect van antidepressiva op overspanning/burnout (Terluin 2005). Op basis van deze review bleek er geen wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik van antidepressiva. De voor deze richtlijn uitgevoerde search levert twee artikelen op over het gebruik van antidepressiva. Judd beschrijft in zijn onderzoek positieve resultaten wat betreft klachtreductie. Het betrof echter een onderzoek onder psychiatrische cliënten met een “acute minor depression” (Judd et al. 2004) hetgeen geen vergelijkbare populatie met onze doelgroep is. Het tweede artikel is van Stubhaug. Hij toonde in zijn onderzoek slechts marginaal positieve resultaten alleen op subjectieve zelfgerapporteerde klachtreductie. Er werd geen significant effect gemeten met de Hamilton Depression Scale of de Fatigue scale. De onderzoekspopulatie bestond uit cliënten met psychosomatische vermoeidheidsklachten (Stubhaug et al. 2008).

De search leverde daarnaast 3 studies op naar de effecten van toepassing van alternatieve middelen. In een onderzoek werd bonitopoeder niet effectief bevonden bij mensen met moeheidsklachten (Kuroda et al. 2007). Een onderzoek naar ganoderma lucidem extract was positief op moeheid en welbevinden bij personen met neurasthenie (Tang et al. 2005). In de review van Terluin et al. (2005) bevonden zich een positief onderzoek van Euphytose en ook een positief onderzoek van Ginkgo biloba.

5.3.1 CONCLUSIES MEDICAMENTEUZE BEHANDELINGEN

Niveau 1	Er is beperkt onderzoek gedaan naar het effect van antidepressiva bij beelden die gelijkenis vertonen met overspanning/burnout. Het meeste onderzoek laat geen effect zien. Er is vooralsnog onvoldoende wetenschappelijke basis voor gebruik van antidepressiva bij overspanning/burnout in de eerste lijn.
A1	Terluin et al. 2005
A2	Judd et al. 2004 ; Stubhaug et al. 2008

Niveau 1	Er is beperkt bewijs voor effectiviteit van alternatieve geneesmiddelen bij klachten die gelijkenis vertonen met overspanning/burnout. Ginkgo biloba is effectief bevonden op neurasthene klachten in één onderzoek evenals Euphytose en Ganoderma lucidem.
A2	Terluin et al. 2005 ; Tang et al. 2005.

5.3.2 OVERIGE OVERWEGINGEN

Recentelijk is bekend geworden dat antidepressiva geen effect hebben bij relatief lichte depressieve klachten, ook al voldoen die klachten aan de DSM-IV-criteria voor een depressieve stoornis ('major depression'). De meta-analyse van Kirsch et al. (2008) laat overduidelijk zien dat antidepressiva niet effectiever zijn dan placebo's bij lichte en matig-ernstige depressieve stoornissen. In de aankomende update van de multidisciplinaire richtlijn depressie is dan ook het advies opgenomen om niet-ernstige depressieve stoornissen in principe de eerste drie maanden niet met een antidepressivum te behandelen. Als het een gegeven is dat antidepressiva bij lichte depressieve stoornissen niet effectief zijn, is het uiterst onaannemelijk dat ze wel effectief kunnen zijn bij nóg lichtere klachten zoals het geval is bij overspanning/burnout. Wat betreft alternatieve medicatie is Ginkgo biloba extract onderzocht op effectiviteit bij angstklachten en effectief gebleken (Woelk et al. 2006).

In de bestaande richtlijnen (LESA, NVAB, LVE/NIP) wordt het gebruik van medicatie bij overspanning/burnout niet aanbevolen. In de (huisarts)praktijk komt het echter voor dat gedurende de eerste periode van 'uitval' door psychische klachten én bij ernstige slaapproblemen kortdurend gebruik gemaakt wordt van benzodiazepines voor slaapproblemen en spanningsklachten en van symptomatische middelen ter bestrijding van functionele lichamelijke klachten zoals pijn en maag Darmklachten. Het review van Terluin et al. 2005 bevat één onderzoek naar het effect van benzodiazepines en dat liet een negatief resultaat zien.

Voor zover wij weten is er weinig ervaring met alternatieve geneesmiddelen zoals Ginkgo biloba. De werkgroep signaleert als bezwaar tegen het gebruik van geneesmiddelen het risico op medicalisering als de patiënt een verbetering gaat toeschrijven aan de middelen in plaats van aan zijn/haar eigen kracht en acties.

5.3.3 AANBEVELINGEN

- Er is geen indicatie voor het gebruik van medicatie bij overspanning.
- Indien toch gekozen zou worden voor symptoombestrijding worden de middelen slechts kortdurend (maximaal 2 weken) toegepast.

5.4 NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELINGEN

Uit het review van Terluin (Terluin et al. 2005) bleek dat er beperkte bewijskracht is dat activerende behandelingen in de vorm van CGT of problem solving therapy (PST) effectief kunnen zijn bij overspanning.

In de huidige search constateren we dat voor wat betreft niet-medicamenteuze behandelingen vooral (varianten van) cognitieve gedragstherapie zijn onderzocht op hun effect. De studies zijn in te delen in twee categorieën: zes onderzoeken betreffen proefpersonen die verzuimen van hun werk en het onderwerp is het effect van de interventie op dat arbeidsverzuim. Vijf van die zes onderzoeken zijn van Nederlandse bodem. Bij de overige studies zijn de proefpersonen geselecteerd op klachten en speelde arbeidsverzuim geen rol als effectmaat.

5.4.1 ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT OP VERZUIM

Van der Klink et al. (2003; in de eerdere review van Terluin et al. 2005) ontwikkelde een activerende op CGT gebaseerde aanpak voor de praktijk van de bedrijfsgezondheidszorg. Deze aanpak werd met Terluin en Schaufeli verder toepasbaar gemaakt voor de huisartspraktijk. Deze eerstelijns aanpak (procescontingent werken volgens het fasen-takenmodel) is in een drietal gerandomiseerde klinische experimenten getest (Bakker et al. 2007; Brouwers et al 2006; Van der Klink et al. 2003). Van der Klink et al. (2003) onderzocht werknemers bij één telecombedrijf die wegens “aanpassingsstoornis” (overspanning) minimaal 2 weken verzuim hadden. Cliënten met depressieve- en angststoornissen werden uitgesloten. De interventie werd uitgevoerd door bedrijfsartsen die uitgebreide training en supervisie kregen. De interventie gaf een reductie van het verzuim met 30% zonder effect op het beloop van de klachten. De interventie verminderde tevens het aantal recidieven. Een opvallend detail in dit onderzoek was dat alle werknemers, ook die in de controlegroep, na een jaar aan het werk waren. Daarmee is dit onderzoek de enige uitzondering op de regel dat 20% of meer een heel jaar of meer het werk verzuimt.

Dezelfde aanpak is ook onderzocht door Brouwers et al. (2006) bij eerstelijns algemeen maatschappelijk werkers die de interventie uitvoerden gedurende 5 sessies in 11 weken tijd. De maatschappelijk werkers kregen een training van 2 dagen en 2 opfrisbijeenkomsten, maar geen intensieve supervisie. De cliënten werden door huisartsen geselecteerd als zij de diagnose “overspanning” hadden gesteld. Cliënten met een (matig) ernstige depressieve stoornis of een paniekstoornis/agorafobie of sociale fobie werden uitgesloten. De interventie bleek niet effectiever dan gebruikelijke zorg door de huisarts, zowel ten aanzien van de klachten als van het verzuim.

Bij onderzoek van Bakker et al. (2007) was het uitgangspunt dat huisartsen beperkte tijd (kunnen) besteden aan cliënten die overspannen zijn, gemiddeld 2-3 consulten per cliënt. Om een maximaal rendement uit die paar consulten te halen ontwierpen Bakker et al. voor huisartsen de zogenaamde “minimale interventie strategie bij surmenage” (MISS). Deze interventie focust specifiek op de crisisfase van overspanning, waarbij het doel is de actieve coping van de cliënt te versterken en eventuele vermijdingstendensen tegen te gaan. Deze interventie is getest door een groep huisartsen te leren de MISS uit te voeren, terwijl een controlegroep van huisartsen gebruikelijke zorg verleende. De cliënten werden door middel van een schriftelijke screening van huisartsbezoekers geworven. Cliënten die hoog scoorden op distress (spanningsklachten), betaald werk hadden en hun werk verzuimden, werden geïncludeerd en een jaar vervolgd. De behandeling die de patiënten kregen werd volledig aan het inzicht van de huisartsen overgelaten. Voor de totale cliëntengroepen werden geen verschillen gevonden tussen de cliënten van de MISS-getrainde huisartsen en die van de controlehuisartsen. Het bleek dat getrainde huisartsen bij deze “pragmatische trial” relatief weinig MISS-interventies hadden toegepast. Een interessante bevinding was dat de diagnose overspanning in de controlegroep geassocieerd was met beduidend langer verzuim dan andere psychische of somatische diagnoses. Echter in de interventiegroep was deze associatie tussen de diagnose overspanning en langdurig verzuim afwezig. Een en ander wijst in de richting van een “nocebo-effect” (het omgekeerde van een placebo-effect) van de diagnose overspanning onder gebruikelijke zorgomstandigheden.

In het onderzoek van De Vente (De Vente et al. 2008) werd een eigen CGT-protocol toegepast bij werknemers die voldeden aan de criteria voor neurasthenie waarbij werkgerelateerde stressoren een hoofdrol speelden. De werknemers waren bij aanvang van de interventie minimaal 2 weken en maximaal 6 maanden met verzuim. De interventie werd individueel en groepsgewijs toegepast door klinisch psychologen en werd vergeleken met gebruikelijke zorg zoals die wordt geleverd door bedrijfsartsen en huisartsen. Er was geen enkele aantoonbare invloed van de interventie op het beloop van de klachten of de duur van het verzuim.

De CGT-interventie conform het protocol van Schaap et al. (1996) is door Blonk et al (2006) in een RCT onderzocht. In het onderzoek betrof het zelfstandige ondernemers die wegens een burnout een arbeidsongeschiktheidsuitkering hadden geclaimd bij hun inkomensverzekeraar. De interventie werd uitgevoerd door psychotherapeuten en vergeleken met gebruikelijke zorg (enkele consulten met een huisarts in de rol van controlerend geneesheer). Na 10 maanden follow-up was er geen effect van de interventie te constateren, noch met betrekking tot de reductie van klachten, noch ten aanzien van werkherleving. Blonk constateerde wel effect op de verzuimduur wanneer arbeidsdeskundigen de begeleiding deden.

In het onderzoek van Nystuen et al. (2006) werd aan werknemers die hun werk verzuimden wegens psychische klachten een cursus oplossingsgericht werken (24-32 uur in totaal) aangeboden. Het animo voor de cursus was gering. De interventie verbeterde significant het sociaal functioneren (gemeten met de SF-36) maar had geen effect op de duur van het arbeidsverzuim.

Na onze search verschenen begin 2009 de resultaten van de RCT van Rebergen et al. Zij onderzochten het procescontingent werken volgens het fasen-taken model van de NVAB-richtlijn op (kosten)-effectiviteit in de politiebranche. In tegenstelling tot de resultaten van Van der Klink et al. (2003) en Blonk et al. (2006) komt Rebergen et al. tot de conclusie dat er geen snellere terugkeer naar werk is als gevolg van het handelen door de bedrijfsarts conform de NVAB-richtlijn: de interventiegroep week niet af met betrekking tot verzuimdagen ten opzichte van de controlegroep. Werd de interventiegroep echter gesplitst naar type werk dan bleek er wel een klein positief effect ten gunste van de richtlijnbegeleiding en wel voor werknemers met een administratieve functie. Bovendien bleek na splitsing voor type klachten ook een klein significant effect ten gunste van de begeleiding conform de richtlijn en wel bij 'lichte klachten'; overspanning/burnout versus depressie en angststoornis. De begeleiding binnen de controlegroep (vrijwel directe doorverwijzing naar eerstelijns psychologische hulp) leek beter te werken bij werknemers met een uitvoerende taak en/of ernstigere psychische problematiek. Rebergen et al. concluderen wel eenduidig dat begeleiding volgens de NVAB-richtlijn kosteneffectiever is. Beide populaties (interventiegroep en controlegroep) komen tot gelijke resultaten wat betreft de snelheid van terugkeer naar werk. Maar het blijkt dat de kosten in de interventiegroep lager zijn dan de kosten in de controlegroep, waar in de meeste gevallen een relatief dure psychologische behandeling is ingezet.

5.4.2 ONDERZOEKEN NAAR DE EFFECTIVITEIT OP KLACHTEN

We hebben 12 onderzoeken gevonden waarbij de proefpersonen geselecteerd waren op klachten (en niet speciaal op sociaal disfunctioneren of werkverzuim) en waarbij de belangrijkste uitkomstmaat het niveau van de klachten betrof. In 2 onderzoeken is sociaal functioneren (gemeten met de SF-36) meegenomen (Willemse et al. 2004; Nickel et al. 2007). De behandelingen bestonden in 11 onderzoeken uit verschillende vormen van psychotherapie (in veel gevallen op basis van CGT) in diverse vormen en intensiteit. Bij 7 onderzoeken was de interventie onverdeeld effectief op het verminderen van alle gemeten klachten ten opzichte van de controlegroep. Bij 5 onderzoeken was het resultaat op de klachten gemengd, d.w.z. de interventie was wel effectief op sommige klachten maar niet op alle gemeten klachten. Op sociaal functioneren was het effect van de interventies eveneens gemengd, op sommige aspecten van het functioneren was er wel een effect, op andere aspecten niet.

5.4.3 CONCLUSIES NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELINGEN

Niveau 1 Op CGT gebaseerde behandelingen laten een gemengd effect zien op de duur van verzuim afhankelijk van wie de interventie uitvoert. Waar bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen de behandelingen gaven was er een positief effect op het werkverzuim te zien. Waar psychosociale hulpverleners (psychologen / psychotherapeuten en maatschappelijk werkers) of huisartsen de interventie gaven werd geen effect op het verzuim gezien.

A2 Terluin et al. 2005; Blonk et al. 2006; De Vente et al. 2008; Nystuen et al. 2006; Brouwers et al. 2006; Bakker et al. 2007.

Niveau 1 Op CGT gebaseerde behandelingen zijn effectief ten aanzien van klachtreductie en het verbeteren van sociaal functioneren.

A2 Willemse et al. 2004; Nickel et al. 2007; Van Straten et al., 2008; Echeburúa et al., 2006; Stubhaug et al., 2008.

5.5 OVERIGE OVERWEGINGEN

We beschikken slechts over een beperkt aantal gerandomiseerde effectstudies die een significant effect laten zien op de duur van het werkverzuim bij mensen die wegens overspanning/burnout hun werk verzuimen (Blonk et al. 2006, Van der Klink et al. 2003, Rebergen et al. 2009). Zes andere gerandomiseerde effectstudies tonen dat de op CGT gebaseerde psychotherapeutische interventie bij hetzelfde type patiënten niet effectief was voor reductie van werkverzuim. In twee van die zes studies kan een gebrekkige implementatie van de interventie een verklaring zijn voor het ontbreken van een effect (Nystuen et al. 2006; Bakker et al. 2007). Een saillant verschil tussen de studies die wel en geen effect lieten zien, was de professional die de interventie uitvoerde. Bij de niet-effectieve studies (niet-effectief op werkverzuim, maar wel effectief voor klachtreductie) werd de interventie uitgevoerd door psychosociale professionals (of huisartsen) terwijl bij de effectieve studies de interventie werd uitgevoerd door arbeidskundige professionals (arbeidsdeskundigen of bedrijfsartsen). Dit wekt de indruk dat wanneer men langdurig arbeidsverzuim bij overspanning/burnout wil voorkomen de professional die de interventie uitvoert verstand moet hebben van werksituaties en concrete invloed moet kunnen uitoefenen op de werksituatie van de cliënt.

Onze bevindingen worden gestaafd met de bevindingen van de Cochrane-review van Bruinvels et al. 2009. Deze publicatie is opgenomen in het proefschrift van Rebergen in mei 2009. Bruinvels deed een systematische review naar de wetenschappelijke evidentie van behandelingen bij aanpassingsstoornissen met als effectmaten 'return-to-work' (RTW) en 'klachtreductie'. Zij troffen middels hun search slechts twee studies en voegden vier studies toe via handmatig zoeken. Hun conclusie stemt overeen met wat wij concluderen. De meerderheid van de studies betreft behandelingen die op CGT-gebaseerd zijn en het effect op RTW is afhankelijk van de setting waarin de interventie wordt uitgevoerd. Behandelingen uitgevoerd in de bedrijfsgezondheidszorg zijn effectief (studies van Van der Klink et al. 2003 en Blonk et al. 2006), behandelingen die zijn uitgevoerd in de eerstelijns gezondheidszorg of in een GGZ-setting zijn niet effectief. De behandelingen hadden geen significant effect op klachtreductie. De behandelingen waren wel effectief op RTW. Hun review richtte zich zowel op de DSM-IV-classificatie 'aanpassingsstoornis' als de ICD 10-diagnose 'aanpassingsstoornis'.

Steun voor vroege werkhervatting kan bovendien gevonden worden bij de ervaring met het First-Place-Then-Train-model voor psychiatrische rehabilitatie (Corrigan et al. 2005). Het gaat hier om mensen met ernstige en chronische psychiatrische stoornissen waarbij de ervaring is dat rehabilitatie zoveel succesvoller verloopt als de betrokkene eerst in een werksituatie geplaatst wordt en vervolgens

daarin trainingen en ondersteuning krijgt in plaats van wat vroeger gebruikelijk was (eerst buiten het werk trainen en dan in werk geplaatst worden).

Twee observationele studies van Nieuwenhuijsen et al. geven eveneens steun aan het idee dat activerende begeleiding bij overspanning tot minder langdurig verzuim leidt. In het ene onderzoek werd kortere verzuimduur geassocieerd met bedrijfsartsen die zich beter hielden aan de NVAB-richtlijn (Nieuwenhuijsen et al. 2003). In het andere onderzoek werd korter verzuim geassocieerd met een beter contact tussen werknemer en leidinggevende (Nieuwenhuijsen et al. 2004). Schaap et al. hebben een protocollaire tweedelijns behandeling voor burnout ontwikkeld, voornamelijk gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes (Schaap et al. 1996). Van belang is dat re-integratie en werkherleving een expliciete plaats hebben in dit protocol. Over deze aanpak zijn twee evaluatiestudies verschenen waaruit blijkt dat burnoutcliënten na afloop van de behandeling (veel) minder klachten hebben en (veel) vaker aan het werk zijn in vergelijking tot voor de behandeling (Verbraak et al. 2006; Versteeg & Verbraak 2002). Door het niet-gecontroleerde design is het echter onmogelijk om een harde uitspraak te doen over de vraag waaraan de verbetering moet worden toegeschreven. Al met al zijn er in onze visie voldoende evidenties en steun om aan te nemen dat een procescontingente, activerende en op CGT gebaseerde begeleiding effectief is op verzuimreductie, vooral wanneer deze begeleiding uitgevoerd wordt door professionals in de arbeidscontext. Deze vorm van begeleiding, ook genoemd het fasen-takenmodel, wordt verder besproken in hoofdstuk 7 (Samenwerking), omdat het de kern vormt van de samenwerking en afstemming tussen de eerstelijnspsycholoog, huisarts en bedrijfsarts.

De projectgroep heeft ook besproken dat er meer onderzoek bekend is, zoals onderzoek naar de relatie met fysiologische verschijnselen. Het biopsychosociale model bijvoorbeeld komt voort uit kennis en inzichten vanuit psycho-neuro-immunologie en psycho-neuro-endocrinologie. Dit model gaat er vanuit dat het stress-systeem een bio-psycho-sociale draaischijf is die lichaam en geest met elkaar verbindt. Een draaischijf die ook klem kan komen te zitten, vooral bij chronische stress. In dat geval dreigt volgens dit model zowel de geest als het lichaam uit balans te raken met het risico op aandoeningen die zich in het grensgebied van psyche en soma bevinden: stress (en leefstijl) gebonden ziekten (Van Houdenhove 2007, CSR Centrum). De projectgroep is echter van mening dat hiervoor op dit moment nog onvoldoende evidence is. Het onderzoek op dit gebied breidt zich wel steeds meer uit. Wanneer wel voldoende evidence gevonden wordt in de toekomst kan dit aspect betrokken worden in de update van deze richtlijn.

5.6 AANBEVELINGEN

- Er zijn voldoende evidenties en steun om aan te nemen dat een procescontingente, activerende en op CGT gebaseerde begeleiding effectief is op verzuimreductie, vooral wanneer deze begeleiding uitgevoerd wordt door professionals in de arbeidscontext.
- De behandelaars hebben geen afwachtende rol maar volgen actief het proces van de patiënt en interveniëren op het juiste moment met de juiste aanpak.
- Overspanning heeft een gunstig natuurlijk beloop. Op basis van de huidige inzichten heeft de werkgroep consensus bereikt dat zo snel mogelijk, in ieder geval binnen twee weken gestart dient te worden met de volgende interventies: voorlichting, geven van perspectief en een activerende en structurerende begeleiding door bedrijfsarts, huisarts of eerstelijns psycholoog.
- Om langdurige uitval te voorkomen of terugkeer naar werk te realiseren, gaat de voorkeur uit naar begeleiding door een professional die contact heeft met het werksysteem en daar ook concrete invloed op kan uitoefenen.
- Als klachtenvermindering op de voorgrond staat gaat de voorkeur uit naar behandeling door een eerstelijnspsycholoog of een huisarts. De behandeling dient gebaseerd te zijn op principes van de cognitieve gedragstherapie. Enige terughoudendheid met het inzetten van een behandeling gericht op klachtenreductie is gewenst, zeker gedurende de eerste 6 weken, omdat het natuurlijk beloop van overspanning gunstig is.
- Voor medicatie is in principe geen plaats in de behandeling van overspanning/burnout. Medicatie is hooguit tijdelijk (twee weken) in te zetten bij behoefte om ernstig hinderende symptomen zoals slaapproblemen en functionele lichamelijke klachten te verminderen.

5.7 LITERATUUR

- Bakker, I. M., Terluin, B., Marwijk, H.W. J., van, Windt, D. A. W. M., van der, Rijmen, F., Mechelen, W., van der & Stalman, W. A. B. 2007, A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials*, vol. 2, no. 6, p. e26.
- Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E. & Houtman, I. L. D. 2006, Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work Stress*, vol. 20, pp. 129-144.
- Brouwers, E. P. M., Tiemens, B. G., Terluin, B. & Verhaak, P. F. M. 2006, Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial., *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 28, pp. 223-229.
- Bruinvels, D.J., Rebergen D.S., Verbeek, J.H.A.M., et al. 2009, Return to work interventions for adjustment disorders. *Aangeboden voor publicatie aan Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Corrigan P.W., McCracken, S.G. 2005, Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Soc Work* 2005 Jan;50(1):31-9.
- Judd, L. L., Rapaport, M. H., Yonkers, K. A., Rush, A. J., Frank, E., Thase, M. E., Kupfer, D. J., Plewes, J. M., Schettler, P. J., & Tollefson, G. 2004, Randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine for acute treatment of minor depressive disorder, *Am J Psychiatry*, vol. 161, pp. 1864-1871.
- Kirsch I., Deacon B.J., Huedo-Medina T.B., Scoboria A., Moore T.J., Johnson B.T. Initial severity and anti-depressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5(2): e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045
- Klink, J. J. L., van der, Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & Van Dijk, F. J. H. 2003, Reducing long-term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*, vol. 60, pp. 429-437.
- Kuroda, M., Ishizaki, T., Maruyama, T., Takatsuka, Y., & Kuboki, T. 2007, Effect of dried-bonito broth on mental fatigue and mental task performance in subjects with a high fatigue score, *Physiology & Behavior*, vol. 92, pp. 957-962.
- Nickel, C., Tanca, S., Kolowos, S., Pedrosa-Gil, F., Bachler, E., Loew, T. H., Gross, M., Rother, W. K., & Nickel, M. K. 2007, Men with chronic occupational stress benefit from behavioural/psycho-educational group training: a randomized, prospective, controlled trial, *Psychological Medicine*, vol. 37, pp. 1141-1149.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., Siemerink, J.C.M.J., Tummers-Nijssen, D. 2003, Quality of rehabilitation among workers with adjustments disorders according tot practice guidelines; a retrospective cohort study *Occup Environ Med* vol. 60(suppl 1), pp. i21-i25.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., de Boer, A.G.E.M., Blonk, R.W., van Dijk, F.J.H. 2004, Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems, *Occup Environ Med* vol. 61, pp. 817-823.
- Nystuen, P. & Hagen, K. B. 2006, Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial [ISRCTN39140363], *BMC Public Health*, vol. 6, p. 69.
- Rebergen, D.S., Bruinvels, D.J., Bezemer, P.D., van der Beek, A.J., van Mechelen, W. 2009, Guideline-based Care of Common Mental Disorders bij Occupational Physicians (CO-OP study): A Randomised Controlled Trail, *J Occup Environ Med* vol. 51, pp. 305-312.
- Rebergen, D.S., Bruinvels, D.J., van Tulder, M.W., van der Beek, A.J., van Mechelen, W. 2009, Cost-Effectiveness of Guideline-based Care for Workers with Mental Health Problems, *J Occup Environ Med* vol. 51, pp. 313-322.
- Rebergen, D.S., Hoenen, J.A.H.J., Heinemans, A.M.E.C., Bruinvels, D.J., Bakker, A.B., van Mechelen, W. 2006, Adherence to a national guideline on mental health problems by Dutch occupational physicians, *Occupational Medicine* Vol.56, pp. 461-468
- Salmela-Aro, K., Näätänen, P., & Nurmi, J.-E. 2004, The role of work-related personal projects during two burnout interventions: A longitudinal study., *Work & Stress*, vol. 18, pp. 208-230.
- Schaap, C. P. D. R., Keijsers, G. J. P., Boelaars, V., & Vossen, C. 1996, *De behandeling van burnout., in Behandelingsstrategie'n bij burnout.* C. A. L. Hoogduin et al., eds., Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Stubhaug, B., Lie, S. A., Ursin, H., & Eriksen, H. R. 2008, Cognitive-behavioural therapy v. mirtazapine for chronic fatigue and neurasthenia: randomised placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry*, vol. 192, pp. 217-223.

- Tang, W., Gao, Y., Chen, G., Gao, H., Dai, X., Ye, J., Chan, E., Huang, M., & Zhou, S. 2005, A randomized, double-blind and placebo-controlled study of a Ganoderma lucidum polysaccharide extract in neurasthenia. *Journal of Medical Food*, vol. 8, pp. 53-58.
- Terluin, B., Van der Klink, J. J. L., & Schaufeli, W. B. 2005, *Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burnout*, in *Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*. J. J. L. Van der Klink & B. Terluin, eds., Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, pp. 259-290.
- Terluin, B., Dijk, D. M., van, Klink, J. J. L., van der, Hulshof, C. T. J. & Romeijnders, A. C. M. 2005, De behandeling van overspanning. Een systematisch literatuuroverzicht. *Huisarts en Wetenschap*, vol. 48, pp. 7-12.
- Vente, W., de, Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G., & Blonk, R. W. B. 2008, Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 13, pp. 214-231.
- Verbraak, M. J. P. M., Warner, R., De Roij, M. M. & Hoogduin, C. A. L. 2006, Follow-up na protocollaire cognitieve gedragstherapie bij burnout: een vergelijking met depressieve stoornissen en angststoornissen. *Directieve Therapie*, vol. 26, no. 2, pp. 142-161.
- Versteeg, A. M. & Verbraak, M. J. P. M. 2002, De effecten van de behandeling van burnout. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, vol. 10, no. 6, pp. 164-169.
- Willemse, G. R. W. M., Smit, F., Cuijpers, P. & Tiemens, B. G. 2004, Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. Randomised trial. *Br J Psychiatry*, vol. 185, pp. 416-421.
- Woelk, H., Arnoldt, K. H., Kieser, M. & Hoerr, R. 2007, Ginkgo biloba special extract EGb 761 in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, vol. 41, pp. 472-480.

6 FACTOREN DIE FUNCTIEHERSTEL BEÏNVLOEDEN

UITGANGSVRAAG F

Welke factoren bevorderen en welke factoren belemmeren functieherstel van werkenden en niet-werkenden? Hierbij gaat het om factoren bij de patiënt, bij de professional en op het werk.

PM. Aandacht voor gender.

6.1 BESCHRIJVING LITERATUURSEARCH EN LITERATUURSELECTIE

Om de uitgangsvraag te beantwoorden is gezocht naar relevante wetenschappelijke literatuur in Pubmed en de Cochrane library of clinical trials in de afgelopen 5 jaar. De volgende zoektermen zijn gebruikt: Burnout Professional, Adjustment Disorders in combinatie met effect*, control*, evaluation*, program* en in combinatie met work*, occupation*, prevention*, protect*. Een aanvullende search is gedaan met de zoektermen Burnout Professional, Adjustment Disorders in combinatie met work capacity, work disability, vocational rehabilitation, occupational health, sick leave, absenteeism, return to work, retirement, employment status, work status. Ook is gezocht naar specifieke literatuur over prognostic factors met de zoektermen: Adjustment Disorders, Burnout AND prognos* in combinatie met episode, cohort. Naast deze search heeft in april 2009 een handmatige search plaatsgevonden.

Bovenstaande searches leverden overlap in artikelen op. Uiteindelijk zijn op inhoudelijke gronden 14 artikelen geselecteerd.

6.2 SAMENVATTING VAN DE LITERATUUR

De studies die prognostische factoren op terugkeer naar werk onderzoeken zijn grof in te delen in twee typen: studies die hun basis kennen in het medisch model en studies die hun basis kennen in het biopsychosociaal model. Bij studies op basis van het medisch model ligt de focus van het onderzoek op factoren die gerelateerd zijn aan het ziektebeeld en de daarbij behorende beperkingen en gevolgen voor het functioneren en terugkeer naar werk. Bij het biopsychosociaal model richt het onderzoek zich op factoren die meer vanuit de omgeving, gedrag en/of de persoon van invloed kunnen zijn op het functioneren en terugkeer naar werk, al dan niet als onafhankelijke factor van een eventueel meespelend ziektebeeld. De onderzoeksgroep heeft in die studies vaak een gevarieerde samenstelling: in de onderzoekspopulatie kunnen mensen met diverse uiteenlopende medische beperkingen voorkomen maar er komen ook mensen in voor die (nog) geen medische beperking hebben. En er zijn studies met een overlap tussen zowel het medisch model als het biopsychosociaal model. We kiezen ervoor de search niet te beperken tot studies met in de onderzoekspopulatie alleen overspanning/burnout (studies van het medisch model). De search naar prognostische factoren voor functieherstel is uitgebreid met studies die zich baseren op het biopsychosociaal¹ model.

Blank et al publiceren in januari 2008 de resultaten van hun systematische review naar prognostische factoren die geassocieerd zijn met vertraging in de terugkeer naar werk bij mensen die leiden aan 'poor mental health'. Hun search maakt deel uit van een grotere search naar prognostische factoren voor terugkeer naar werk en baanverlies, ongeacht de medische condities. Uit de oorspronkelijke 8400 artikelen blijken slechts 15 te voldoen aan haar criteria ('mental health', factoren, uitkomstmaten return to work en/of baanverlies). Slechts enkele studies hebben verzuim door psychische problemen primair als focus. De meeste studies gaan over verzuim door andere oorzaken waarbij psychische

¹ Het begrip biopsychosociaal model is in hoofdstuk 5 in een andere betekenis genoemd, namelijk als verklaringsmodel voor overspanning/burnout.

problemen secundair de aandacht krijgen omdat ze een rol spelen bij de totale verzuimduur. De diversiteit in kwaliteit van de studies en in onderzoekspopulaties van deze studies blijkt te groot en Blank et al. zag af van een meta-analyse van de gegevens uit de gevonden studies. Ze konden niet anders dan concluderen dat de diverse studies in hun onderzoek een grote verscheidenheid aan factoren, vaak tegenstrijdig, associëren met de kans op een vertraagde terugkeer naar werk. Blank et al. concluderen dat het voor hen niet mogelijk was voldoende bewijskracht te vinden voor specifieke prognostische risicofactoren geassocieerd met RTW bij ‘poor mental health’.

Dekkers-Sánchez et al. publiceerden een systematische review naar factoren die geassocieerd worden met lang verzuim bij verzuimende werknemers (Dekkers-Sánchez et al, 2008). Hun onderzoek beperkt zich dus niet specifiek tot verzuimende werknemers met overspanning/burnout. De kwalitatief sterke search levert slechts 5 studies op die geschikt blijken. Deze 5 studies leveren samen 77 factoren die onderzocht werden op een associatie met lang verzuim. Ten eerste concluderen Dekkers-Sánchez et al. dat er geen studies bestaan naar factoren die verzuim laten voortduren wanneer verzuim eenmaal opgetreden is. Een uitzondering hierop vormen studies die ziektegerelateerde factoren meenemen. Van de eerder genoemde 77 factoren blijken 16 factoren het meest frequent gerelateerd te worden met lang verzuim. De 16 gevonden factoren waren alle van de categorie ‘predisponerend’. Een associatie tussen een factor en verzuim kreeg pas het predicaat ‘sterk bewijs’ wanneer uit 3 studies bleek dat de associatie met verzuim aangetoond was, of wanneer er 4 of meer studies waren waarbij de associatie meer dan 66% aangetoond werd en er minder dan 25% omgekeerde associaties bestonden. Geen van de 16 factoren uit de lijst verdienden het predicaat ‘sterk bewijs’. Er is slechts ‘zwak bewijs’ voor leeftijd (hogere leeftijd – langer verzuim) en verzuimhistorie. Slechts 2 studies toonden deze associatie. Voor de overige 14 factoren is er in hun beoordeling ‘onvoldoende’ bewijs omdat slechts één studie een associatie aantoot. Een overzicht van de 16 door hen gevonden factoren wordt gegeven in tabel 6.1, zie hierna in paragraaf 6.4.

6.3 CONCLUSIES

Niveau 1	Onderzoek naar prognostische factoren die geassocieerd zijn met langer durend verzuim bij (algemeen) verzuimende werknemers biedt slechts ‘zwak bewijs’ voor het bestaan van deze associatie met de factoren leeftijd en verzuimhistorie.
A1	Blank et al, 2008
A2	Dekkers- Sánchez et al, 2007

Het aspect vermoeidheid en de reden waarom we deze term opnemen in de search dient toegelicht te worden. Vermoeidheid is een niet specifiek symptoom. Het maakt onderdeel uit van de kernsymptomen van overspanning (zie paragraaf 3.6). Moeheid speelt een belangrijke rol in het symptomencomplex bij de aanduiding van burnout. De klachten (van overspanning) bestaan langer dan 6 maanden én gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond. Maar vermoeidheid of moeheid is een symptoom dat bovendien voorkomt bij vele andere, vaak chronische ziektebeelden. Wanneer vermoeidheid op de voorgrond staat kan het dus een hele uitdaging zijn om in te schatten met welk beeld de begeleider te maken heeft. Leone et al. onderzochten de verschillen en overlap tussen chronische vermoeidheid en burnout (Leone et al. 2007). Zijn deze beelden voldoende van elkaar te discrimineren of is er een dergelijke mate van overlap dat het behandelen en begeleiden als zelfstandige beelden onzinnig is? En zijn de afzonderlijke beelden prognostisch van waarde op herstel? Uiteindelijk concluderen zij dat de CIS (die meestal gebruikt wordt om vermoeidheid vast te stellen) en de MBI-GS (die meestal ingezet wordt om burnout te meten) matig van elkaar discrimineren. Zij concluderen dat er een behoorlijke overlap bestaat tussen burnoutcases en chronische vermoeidheidscases. Maar ze komen ook tot de conclusie dat deze overlap niet volledig is en dat burnout en chronische vermoeidheid bestaansrecht hebben als losstaande condities. Sterker nog, volgens hen kunnen deze condities zelfs gelijktijdig bestaan. Hun 4 jaar durende prospectief cohort onderzoek (Leone et al. 2008) toont aan dat de verschillende beelden leiden tot verschillende prognoses met betrekking tot herstel en verzuimreductie. De kans op volledig herstel en terugkeer in werk is het grootst voor werknemers met

een 'pure' burnout. De prognose voor volledig herstel en terugkeer in werk is het slechtst bij mensen die zowel burnout als chronische vermoeidheid hebben.

Niveau 2	Mensen met burnout die daarnaast ook voldoen aan de criteria voor chronische vermoeidheid hebben een slechtere prognose voor volledig herstel en terugkeer naar werk dan mensen met alleen burnout.
A2	Leone et al, 2008
C	Leone et al, 2007

6.4 OVERIGE OVERWEGINGEN

We concluderen, net als Blank in haar review, dat er veel studies naar prognostische factoren bestaan. De kwaliteit van de verrichte studies, het verschil in de gehanteerde definities en diagnoses, de verschillende versnipperd onderzochte prognostische factoren en de verschillen in operationalisatie daarvan maken het op dit moment onmogelijk om harde uitspraken te doen. Desalniettemin wilden we een overzicht de lezer niet onthouden. Het overzicht van de door Dekkers-Sanchez gevonden 16 factoren vindt u hierna in tabel 6.1.

Significant Factors	Study	OR/RR	95% CI
1 Individual factors			
Poor general health (SF36)	Van der Giezen 2000	OR 1.58*	1.3-1.8
Not being a bread winner	Van der Giezen 2000	OR 2*	1.2-3.4
Older age (>50 years old)	Gjesdal, 2004	RR: 6.1 (men) 7.5 (women)	5.3-10.6 4.6-8.1
Older age (>55 years old)	Heijbel 2006	OR 2.2*	1.30-3.7
Low income	Gjesdal 2004	RR 2.6 (men) RR .6 (women)	1.4-4.6 1-2.4
Unemployment status 1-12 m.	Gjesdal 2004	RR 1.3 (women)	1-1.7
Mental health disorders	Gjesdal, 2004	RR 1.5 (men)	1.1-2.07
History of sickness absence >100 days	Gjesdal 2004	RR 1.6 (men) RR 1.5 (women)	1.06-2.08 1.23-2.09
Duration of sick leave >1 year	Heijbel 2006	OR 2.7*	1.76-4.05
Assessed to be in need of comprehensive rehabilitation	Gjesdal, 2004	RR 2,3 (men) RR 4,3 (women)	1.69-3.19 3.08-6.00
Own prediction of non-RTW	Heijbel 2006	OR 16.0*	6.8-37.25
Having more pain than persons in the quartile with the least pain	Heijbel 2006	OR 5,5*	2.74-11.07
Having a worse function than persons in the quartile with the least impairment of function	Heijbel 2006	OR 2.7*	1.41-5.16
2 Work related factors:			
Having less Job satisfaction	Van der Giezen 2000	1.2	1.08-1.3
Lack of Skill discretion	Janssen 2003	1.4	1.04-1.7
Non-profit organisation	Schroer 2005	2.2	1.2-4.2
Perception of not being welcome back to work	Heijbel 2006	1.9	1.23-2.99

* crude

Tabel 6.1 Factors associated with long-term sick leave, Dekkers Sanchez.

Hieronder noemen we een aantal andere interessante studies naar prognostische factoren die echter op zichzelf staand niet tot voldoende evidenties leiden.

6.4.1 PROGNOTISCHE FACTOREN IN DE OMGEVING

Rol van de leidinggevende

Nieuwenhuijsen et al. leggen de mogelijke associatie bloot tussen frequent en goed contact van de leidinggevende met verzuimers met psychische klachten zonder depressie. (Nieuwenhuijsen et al, 2004).

Rol van de arbeidsorganisatie

Schröer et al. onderzocht of kenmerken van de werkorganisatie wellicht voorspellend waren op terugkeer naar werk, verzuim en arbeidsongeschiktheid (recht op uitkering) (Schröer et al. 2005). Zijn conclusie is dat terugkeer naar werk nadelig geassocieerd wordt met werken bij non-profit organisaties. Mogelijke verklaringen daarvoor zijn volgens hem dat bij non-profit-organisaties meer werknemers met chronische ziekten voorkomen die het beeld kunnen vertekenen.

In de focus-group-study van Holmgren wordt de doelgroep zelf aan het woord gelaten (Holmgren et al, 2004). De ervaringsdeskundige vrouwen associëren de volgende factoren als belemmerend voor terugkeer naar werk: onveranderde werksituaties, gebrek aan begrip in de werksituatie, gebrek aan sociale steun, onzekerheid over hun eigen capaciteiten. Daartegenover associëren zij als bevorderend voor terugkeer naar werk: weer starten in door henzelf gepercipieerde zinvolle bezigheden, heroriëntatie van hun doel, participeren en terugkeer naar werk op basis van het eigen initiatieven, sociale steun op het werk en van de omgeving, voorbeelden uit de omgeving, hervinden van vertrouwen in eigen competenties. Opvallend is de beschrijving die deze vrouwen geven van het herstelproces zoals zij dat doorlopen hebben. Hun beschrijving vertoont grote overeenkomst met het herstelproces zoals dat in de NVAB-richtlijn beschreven wordt in het fasen-taken-model: van de fase van controleverlies over de interactie met de omgeving met onrust en acceptatieproblemen naar de fase van het zoeken naar mogelijkheden en alternatieven, die tot slot eindigt in de fase van het weer 'meester' worden over het leven.

Rol van de zorg(verlener)

Nieuwenhuijsen et al. verrichtte onderzoek naar de kwaliteit van de geboden begeleiding door bedrijfsartsen aan werknemers die verzuimen als gevolg van aanpassingsstoornissen. Zij onderzocht of een betere begeleidingskwaliteit een associatie heeft met een kortere verzuimperiode (Nieuwenhuijsen et al. 2003) en deed daarvoor retrospectieve dossierstudie van 100 werknemers. Ze heeft de kwaliteit gemeten van de begeleiding aan de hand van 10 performance-indicatoren die betrekking hebben op begeleiding volgens het activerende model van Van der Klink. Een associatie met een snellere gedeeltelijke en volledige terugkeer naar werk lijkt te bestaan bij een optimale performance op het niveau van interventies gericht op de organisatie en optimale performance op het niveau van de procesbegeleiding. Op het gebied van de andere indicatoren noch op het gebied van de algemene performance werd een associatie gevonden.

Rol van prognostische testinstrumenten

Wilford et al. 2008 vertrekken vanuit het biopsychosociaal model van beperkingen en revalidatie. Zij hebben een screeningsinstrument opgesteld waarmee verzuimers met een hoog risico op een falende terugkeer in werk te detecteren zijn. Dit instrument is echter slechts beperkt getest. Daarbij blijken de beste voorspellers te zijn de antwoorden op de vragen: hoe de patiënt zelf inschat wat zijn vermogen is om te werken, hoe de patiënt inschat dat hij zijn huidige werk binnen 6 maanden weer kan doen, de duur van verzuim in de 12 maanden voor de huidige verzuimmelding, de leeftijd en of de patiënt in afwachting van therapie is. De respectievelijke diagnosecodes bleken niet voorspellend van waarde. Haar conclusie is dat deze studie duidelijk maakt dat het luisteren naar het oordeel van de patiënt over zijn werkvermogen het beste instrument is voor het risico op een falende terugkeer in werk. Als de patiënt er niet in gelooft, is het risico groot dat terugkeer in werk gaat falen. Ze concludeert ook dat risico's voor falende terugkeer naar werk multifactorieel zijn en bepaald door het biopsychosociaal

model in plaats van het medisch model. Tot slot onderschrijft zij de associatie tussen een hogere leeftijd en risico op falende terugkeer naar werk.

Op basis van onderzoeksgegevens uit het programma Psychische Vermoeidheid in de Arbeidssituatie (PVA) ontwikkelde Nieuwenhuijsen et al een clinical prediction rule voor de verzuimduur bij psychische vermoeidheidsklachten (Nieuwenhuijsen et al. 2006). Daarbij blijken negatief voorspellend op de verzuimduur: leeftijd > 50 jaar, (co)morbiditeit door depressie en/of angststoornis, hogere opleiding en de verwachting van de werknemer zelf dat zijn verzuim langer dan 3 maanden gaat duren. Deze predictieregel heeft nog geen cross-validatie doorstaan dus grote voorzichtigheid is geboden, omdat niet te verwachten is dat prognostische factoren overal dezelfde impact hebben.

6.4.2 PROGNOTISCHE FACTOREN IN DE PERSOON ZELF

Belemmerende, op angst gebaseerde overtuigingen en coping

Øyeflaten et al. onderzochten wat de prognostische waarde is van vier specifieke factoren bij langdurig verzuim (Øyeflaten et al, 2008). De vier prognostische factoren die ze onderzocht op hun effect op RTW zijn: vermijding op basis van overtuigingen (b.v. angst voor toename van klachten bij terugkeer naar werk), ziekteperceptie, subjectieve gezondheidsklachten en coping. Zij concludeert dat vermijding op basis van belemmerende (angst) overtuigingen over werk de belangrijkste sterk significante (negatief) prognostische factor voor terugkeer in werk is, zowel na 3 maanden als na 12 maanden follow-up. Subjectieve gezondheidsklachten blijken na 3 maanden follow up significante negatieve voorspellers, maar niet meer na 12 maanden. Actieve coping blijkt na 3 maanden significant positief voor terugkeer in werk, maar na 12 maanden is dit een negatieve factor voor terugkeer in werk. Haar suggestie is dat in de eerste maanden patiënten met een actieve coping geloven in hun terugkeer en terugkeer naar werk hun doel is. Wanneer later blijkt dat dit niet lukt past de patiënt zich mogelijk aan en stelt hij terugkeer naar werk niet langer als doel. In de actieve coping wordt de focus dan gelegd op eerst maar beter worden en verzuimen is dan wellicht een betere oplossing. Vermijding op basis van belemmerende op angstgebaseerde overtuigingen als sterk significante negatieve voorspeller voor terugkeer in werk blijkt voor 48% van de variatie beïnvloed door factoren als ziekteperceptie, opleiding en subjectieve klachten. Coping blijkt slechts voor 1% in de variatie een bijdrage te leveren. RTW na de revalidatie blijkt niet afhankelijk van de gestelde diagnose. Haar aanbeveling luidt dat bij lang verzuim en complexe gezondheidscondities de interventies zich moeten richten op het positief beïnvloeden en oprekken van de belemmerende op angst gebaseerde overtuigingen, alsmede de ziekteperceptie van de aanwezige subjectieve gezondheidsklachten positief beïnvloeden.

Coping en gender

Van Rhenen et al. deden onderzoek naar de rol van coping op onder andere verzuimduur (van Rhenen et al. 2008). Zij zagen hun hypothese bevestigd: probleem georiënteerde coping vertoonde een duidelijke associatie met verkorting van de verzuimduur. Deze associatie geldt voor de actieve op oplossing gerichte copingsstrategie en geldt zwak voor de steunzoekende strategie. Passieve coping daarentegen heeft een verzuimduur verlengend effect dat vooral sterk lijkt samen te hangen met het onderdeel vermijdingsgedrag. Voordeel van deze studie is dat het een prospectief cohortstudie van omvangrijke grootte van werknemers binnen één bedrijf betrof (N=: 3.628), namelijk bij werkenden van een post- en telecombedrijf. Nadeel van de studie is dat niet tijdens het verzuim zelf onderzoek gedaan is naar de gehanteerde copingstijl. Van Rhenen et al. beroepen zich op een studie van Norberg et al. 2005 waaruit blijkt dat copingstijl een relatief stabiele eigenschap zou zijn. Met betrekking tot gender blijkt correctie hiervoor nauwelijks van invloed op de relatie tussen coping en de verzuimaten. Sterk punt in het discussiedeel is de bespreking van de mogelijke confounders en concepten waarmee eerdere associaties met coping gelegd zijn. Een voorbeeld hiervan is het verschil tussen emotioneel uiten en emoties verwerken/processing in associatie met beleefde gezondheid en coping.

De Rijk et al. onderzoeken of gender van invloed is op ziektegerelateerde factoren voor terugkeer naar werk (de Rijk et al. 2009). Zij voeren een prospectief onderzoek uit bij 119 verzuimers (> 1mnd verzuim). Terugkeer naar werk is in 2 maten gemeten: de eerste terugkeer naar werk ongeacht het aantal uren (RTW) en blijvende terugkeer in werk (LRTW) gezien als terugkeer zonder terugval in verzuim. Zij

vinden geen bewijs voor genderverschillen ten opzichte van terugkeer in werk. Ze vinden wel een significant genderverschil voor 'blijvende' terugkeer in werk: vrouwen lijken een kleinere kans op blijvende terugkeer in werk te hebben dan mannen. Het verschil ligt niet in hun poging om naar werk terug te keren, maar wanneer vrouwen een terugval krijgen dan blijkt daarna hun kans op terugkeer in werk lager dan bij mannen met een terugval. Daarbij worden verschillende factoren geassocieerd. Bij vrouwen blijken negatieve voorspellers voor blijvende terugkeer gebrek aan snelle verbetering van de gezondheid en een verandering in diagnose. De onderzoekers opperen de mogelijkheid dat hierbij voor vrouwen onzekerheid een rol kan spelen. Voor mannen blijkt een negatieve associatie voor blijvende terugkeer in werk te liggen in de diagnose: bij psychische problematiek ligt dit lager dan bij problemen aan het houdings- en bewegingsapparaat. De genderverschillen voor blijvende terugkeer in werk treden pas op na 18 weken verzuim. De onderzoekers menen dat dit wellicht aangeeft dat genderverschillen pas belangrijk zijn bij complexe gevallen. Daarbij zouden stereotype patronen in de begeleiding een rol kunnen gaan spelen.

6.5 AANBEVELINGEN

- De zorgverlener (huisarts, bedrijfsarts, eerstelijnspsycholoog) heeft in het kader van de begeleiding bij psychische klachten en terugkeer in werk bijzondere aandacht voor hen die:
 - ouder zijn (>50 jaar)
 - een grotere verzuimhistorie hebben (> 100 verzuimdagen in voorgaande 12 maanden)
 - voor terugkeer naar werk belemmerende en op angst gebaseerde overtuigingen hebben, signalen van vermijding vertonen of bekend zijn met een passieve copingstijl
 - in eerste aanleg niet zelf vertrouwen op hun mogelijkheid tot een voorspoedige terugkeer naar werk (verwachten niet terug te kunnen keren naar werk of daar meer dan 3 maanden voor nodig denken te hebben)
 - in de klachtpresentatie vermoeidheid sterk op de voorgrond hebben staan.

We nemen aan dat deze speciale aandacht niet alleen verzuimende werknemers geldt maar bepleiten dat deze speciale aandacht geboden wordt ook aan anderen die verzuimen in hun maatschappelijke participatie als gevolg van overspanning/burnout.

6.6 LITERATUUR

- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., MacDonald, E. 2008, *A Systematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health*, *J Occup Rehabil* vol18, pp. 27-34.
- Dekkers-Sánchez, P.M., Hoving, J.L., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, M.H.W. 2008, Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review, *Occup Environ Med* vol. 65, pp. 153-157.
- Holmgren, K., Ivanoff, S.D. 2004, Women on sickness absence-views of possibilities and obstacles for returning to work. A Focus groep study, *Disability & Rehabilitation* vol. 26 (4), pp. 213-222.
- Leone, S.S., Huibers, M.J.H., Knottnerus, J.A., Kant, IJ. 2007, Similarities, overlap and differences between burnout and prolonged fatigue in the working population, *QJMed* vol. 100, pp. 617-627.
- Leone, S.S., Huibers, M.J.H., Knottnerus, J.A., Kant, IJ. 2008, A comparison of the course of burnout and prolonged fatigue: A 4-year prospective cohort study, *Journal of Psychosomatic Research* vol. 65, pp. 31-38.
- Leone, S.S., Huibers, M.J.H., Knottnerus, J.A., Kant, IJ. 2008, The prognosis of Burnout and Prolonged Fatigue in the Working Population: A Comparison, *J Occup Environ Med*. vol. 50, pp. 1195-1202.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., Siemerink, J.C.M.J., Tummers-Nijssen, D. 2003, Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according tot practice guidelines; a retrospective cohort study *Occup Environ Med* vol. 60(suppl 1), pp. i21-i25.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., de Boer, A.G.E.M., Blonk, R.W., van Dijk, F.J.H. 2004, Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems, *Occup Environ Med* vol. 61, pp. 817-823.

- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., de Boer, A.G.E.M., Blonk, R.W., van Dijk, F.J.H. 2006, Predicting return to work in patients with common mental disorders in occupational health care, *Scand J Work Environ Health* vol. 32(1), pp. 67-74.
- Norberg, A.L, Lindblad, F., Boman, K.K., 2005, Coping strategies in parents of children with cancer. *Soc Sci Med.* 60(5):965-975.
- Øyeflaten, I., Hysing, M., Eriksen, H.R. 2008, Prognostic Factors Associated With Return to Work Following Multidisciplinary Vocational Rehabilitation, *J Rehabil Med* vol. 40, pp. 548-554.
- Van Rhenen, W., Schaufeli, W.B., van Dijk, F.J.H., Blonk, R.W.B. 2008, Coping and sickness absence, *Int Arch Occup Environ Health* vol. 81, pp. 461-472.
- De Rijk, A., Janssen, N., Alexanderson, K., Nijhuis, F. 2008, Gender differences in return to work patterns among sickness absentees and their association with health: a prospective cohort study in The Netherlands, *International Journal of Rehabilitation Research* vol. 31, pp. 327-336.
- Schröer, C.A.P., Janssen, M., van Amelsvoort, L.G.P.M., Bosma, H., Swaen, G.M.H., Nijhuis, F.J.N., van Eijk, J. 2005, Organizational Characteristics as Predictors of Work Disability: A Prospective Study Among Sick Employees of For-Profit and Not-For-Profit Organisations, *Journal of Occupational Rehabilitation* vol. 15 (3), pp. 435-445.
- Wilford, J., McMahon, A.D., Peters, J., Pickvance, S., Jackson, A., Blank, L., Craig, D., O'Rourke, A., Macdonald, E.B. 2008, Predicting job loss in those off sick, *Occupational Medicine* vol. 58, pp. 99-106.

7 SAMENWERKING

UITGANGSVRAAG C

Met betrekking tot organisatie van zorg, verwijzing, voorlichting en interprofessionele samenwerking bij mensen met overspanning:

- *Welk traject doorloopt de werknemer/ patiënt met overspanning?*
 - *Wat zijn in dit traject de succes- en faalfactoren (m.b.t. organisatie van zorg, verwijscriteria, voorlichting en interprofessionele samenwerking)?*
 - *Welke effecten hebben organisatie van zorg, verwijzing, voorlichting en interprofessionele samenwerking op functieherstel en waardering van de zorg?*
- P.M. Aandacht voor gender.*

7.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk beschrijft een model voor de aanpak van overspanning/burnout door huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijnspsychologen. De auteurs hebben gekozen voor een andere opbouw dan de voorgaande hoofdstukken omdat:

- de opdracht voor een multidisciplinaire richtlijn uitdaagt tot het uitwerken van aanbevelingen over samenwerking tussen de verschillende disciplines
- de drie beroepsgroepen al monodisciplinaire richtlijnen hebben, waarin de aspecten van samenwerking, afstemming en verwijzing zijn beschreven, onderbouwd door literatuur over samenwerking
- er al een samenwerkingsrichtlijn bestaat over Overspanning (de LESA Overspanning uit 2005)
- dit hoofdstuk ingaat op de dagelijkse praktijk van (samenwerking tussen) huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijnspsychologen.

De onderliggende documentatie bestaat dan ook uit de richtlijnen van de drie beroepsgroepen, de LESA Overspanning (2005), de literatuur over samenwerking die voor deze richtlijnen en LESA gebruikt is en de literatuur uit de voorgaande hoofdstukken van deze multidisciplinaire richtlijn. Vanuit het eerstelijns model (fasen-takenmodel) uit de NVAB-richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen (2007) en de LESA Overspanning (2005) worden de rollen en taken van de drie beroepsgroepen toegelicht, en ook het proces van afstemming, verwijzing en samenwerking. Het hoofdstuk eindigt met aanbevelingen voor de samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijnspsychologen. De aanbevelingen zijn zo opgesteld dat op het juiste moment huisartsgeneeskundige, bedrijfsgeneeskundige en eerstelijnspsychologische hulp wordt geboden zodat voor patiënten de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft.

Inbreng van de patiënt

Factoren van de kant van de patiënt zijn altijd medebepalend voor het beleid. Dit is vastgelegd in de afzonderlijke richtlijnen van de drie beroepsgroepen. De eerstelijnspsychologen (NIP/LVE 2005) gaan uit van de cliënt als centrale actor in het herstelproces. De cliënt is zijn eigen zorgcoördinator en fungeert als spil tussen de betrokkenen, zowel op zijn werk als tussen verschillende zorgverleners. Psychologische ondersteuning is erop gericht dat de cliënt deze rol kan vervullen. Samen met de cliënt wordt het behandel- en begeleidingsplan opgesteld. Indien nodig en door de cliënt gewenst stemt de eerstelijnspsycholoog de behandeling en begeleiding rechtstreeks af met andere behandelaars.

Voor huisartsen en bedrijfsartsen beschrijven Van der Klink en Terluin (2005) dat zij als eerstelijns professional de patiënt/werknemer en zijn omgeving zodanig ondersteunen dat herstelgedrag (van de patiënt) en re-integratiegedrag (van de omgeving) worden geoptimaliseerd. De verantwoordelijkheid blijft dus bij de betrokken partijen maar de professional kan daarbij ondersteunen door het proces te begeleiden waarin de patiënt/ werknemer – en diens omgeving – zijn probleemoplossend vermogen versterkt. Deze terughoudendheid voorkomt medicaliseren, waarbij de procesbewaking borgt dat waar nodig wel het juiste professionele niveau op het juiste moment wordt ingeschakeld. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt verder in dit hoofdstuk niet telkens aan de orde, maar is het hier expliciet vermeld. De patiënt mag van de behandelaar (huisarts, bedrijfsarts en eerstelijns-

psycholoog) verwachten dat het beleid vastgesteld wordt in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid. Daarbij is adequate voorlichting een voorwaarde.

7.2 BEHANDELEN, AFSTEMMEN EN VERWIJZEN BIJ OVERSPANNING EN BURNOUT

Deze paragraaf bevat een samenvatting van de literatuur uit richtlijnen, handboeken en achtergronddocumenten van de drie beroepsgroepen.

UITGANGSPUNTEN UIT DE LITERatuur

Uitgangspunt is dat de behandelaar in de eerstelijns terughoudend is waar mogelijk, en activerend en ondersteunend waar nodig. Dit veronderstelt een (eerstelijns) diagnostiek die de behandelaar in staat stelt het proces van de patiënt te volgen en te beoordelen of het proces gunstig verloopt of stagneert (Derksen, LVE 2007, Van der Klink en Terluin 2005, LESA 2005, NVAB 2007). Beelden die voornamelijk door stressgerelateerde problematiek worden bepaald, zoals overspanning, worden beschouwd als lichte 'eerstelijns' ziektebeelden. De consequenties van een ziektebeeld als overspanning zijn echter allerm minst onschuldig: bij uitblijven van een gerichte aanpak is het risico op blijvende arbeidsongeschiktheid circa 20%. Een activerende (eerstelijns) begeleiding die zich richt op het versterken van het probleemoplossend vermogen, blijkt een chronisch beloop in het overgrote deel van de gevallen te kunnen voorkomen. Omdat de omgeving rond de patiënt of werknemer vergelijkbare processen doormaakt als de patiënt zelf, richt de aanpak zich zowel op de individuele patiënt of werkende als op de omgeving met als focus de randvoorwaarden voor herstel in de omgeving, op het werk en thuis (Derksen, LVE 2007, Van der Klink en Terluin 2005, LESA 2005, NVAB 2007). De richtlijn voor eerstelijnspsychologen over Werk en psychische klachten (NIP/LVE 2005) spreekt van een 'tweesparenbeleid': werken en/of terugkeer naar werk maakt expliciet onderdeel uit van de behandeling en begeleiding. Ook deze richtlijn gaat uit van een activerende aanpak: de interventies tijdens de behandeling en begeleiding zijn activerend, oplossingsgericht en gericht op het herstel van functioneren. Daarbij wordt werk opgevat als herstelbevorderende factor, een belangrijke sociale ondersteuningsstructuur en plaats van handeling. De elementen die de cliënt de meeste energie geven en het herstel van functioneren bevorderen vormen het startpunt van de interventies.

7.2.1 FASEN-TAKENMODEL

De bestaande richtlijnen (NIP/LVE 2005, LESA 2005, NVAB 2007) beschrijven voor een doelmatige begeleiding van overspanning/burnout een activerende en procescontingente benadering. Procescontingent betekent dat het herstelproces in verschillende fasen wordt onderverdeeld. Deze aanpak, het fasen-takenmodel kent drie fasen (LESA 2005, NVAB 2007):

- 1 **Crisisfase:** de patiënt is de greep op zijn functioneren kwijt en voelt zich ontredderd. Hij ervaart dit als een crisis. Inzicht en acceptatie zijn de eerste randvoorwaarden om rust en perspectief te krijgen. In deze fase is het deelnemen aan het arbeidsproces en het uitvoeren van privé-activiteiten vaak niet goed mogelijk. Deze fase kan 1 tot 3 weken in beslag nemen.
- 2 **Probleem- en oplossingsfase:** de patiënt gaat zich oriënteren op problemen en oplossingen. Welke problemen spelen een rol, hoe beïnvloedbaar zijn ze, wat moet er gebeuren? (gedeeltelijke) Werkhervatting is doorgaans zinvol als de patiënt zicht heeft op concrete oplossingen voor tenminste een deel van zijn problemen. Deze fase kan 3 tot 6 weken in beslag nemen.
- 3 **Toepassingsfase:** oplossingen worden toegepast en het functioneren wordt weer opgepakt. De patiënt past de verworven inzichten en vaardigheden geleidelijk in praktijksituaties toe en herneemt zo zijn functioneren in de diverse rollen. Deze fase kan 3 tot 6 weken in beslag nemen.

Wanneer de behandelaar² de patiënt volgens dit model consequent en activerend benadert, kan de patiënt meestal binnen 3 maanden weer grip op zijn functioneren krijgen en (gedeeltelijk) participeren in zijn sociale rollen.

2 Hiermee worden de drie beroepsgroepen van deze richtlijn (huisartsen, eerstelijnspsychologen en bedrijfsartsen) bedoeld.

Het model biedt tevens houvast om de verschillende rollen van de drie beroepsgroepen te beschrijven en conclusies en aanbevelingen te formuleren over die rollen en over samenwerking, afstemming en verwijzing.

Het is essentieel dat de behandelaar in de begeleiding niet alleen het individu maar ook diens omgeving betreft, zodat het herstelproces in de verschillende fasen succesvol verloopt. Het fasen-takenmodel wordt hieronder schematisch weergegeven.

Fig. 7.1 Fasen-taken model

Procesfase	Hersteltaken cliënt - patiënt	Interventies ³ behandelaar	Tijdpad
Controleverlies leidt tot Crisisfase	Patiënt en omgeving werken aan: - acceptatie, - begrip en inzicht, - rust en ontspanning, - dagstructuur	Basis: - Voorlichting - Dagstructuur - Perspectief bieden Optioneel: - Praatadviezen - Schrijfopdrachten - Piekeropdrachten - Ontspannende activiteiten - Dagstructuur/slaapstructuur	Afronden na ca. 3 weken <i>Doel dan niet bereikt?</i> <i>Stagnatie</i>
Zicht op oorzaken leidt tot zicht op oplossingen Probleem- en oplossingsfase	Oriënteren op problemen en op oplossingen In kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen	Optioneel: - Probleem- en oplossingsinventarisatie met behulp van schrijf- en registratieopdrachten	Afronden na 3-6 weken na afsluiten van de crisisfase <i>Doel dan niet bereikt?</i> <i>Stagnatie</i>
Toepassen van oplossingen leidt tot hervinden grip op de situatie Toepassingsfase	Oriënteren op toepassingen Oppakken van alle rollen en taken Functioneringsherstel	Optioneel: - Schema's voor opbouwen activiteiten - Opdracht om te anticiperen op mogelijke belemmeringen bij oppakken van rollen en taken - Opdracht om te saneren in belastende factoren	Afronden uiterlijk 6 weken na afsluiten van de probleem- en oplossingsfase <i>Doel dan niet bereikt?</i> <i>Stagnatie</i>

Bij stagnatie grijpt de behandelaar terug op:

Diagnostiek	Check opnieuw de 6 hoofdgebieden - Klacht - Functioneren - Oorzakelijke en onderhoudende factoren bij cliënt en diens omgeving; privé, werk en zorg - Coping cliënt (en visie op participatie) - Coping systeem - Interactie tussen systemen
↓	
Herdefiniëring diagnose/ probleem	- Zonodig ook eerstelijns diagnostiek - Denk aan secundaire beelden (depressie, angst) of aan beelden die in de tijd uitkristalliseren - Gebruik vragenlijsten zoals 4 DKL - Zo nodig consultatie eerstelijnspsycholoog voor diagnostiek
↓	
Aanpassen beleid	- Inzetten van een (eerste) interventie - Consultatie van een collega - Verwijzen - Acties naar de omringende systemen (werk, privé, zorg)
↓	
Blijven evalueren op procesuitkomst	- Iedere 3 weken - Wanneer vanwege stagnatie een interventie is ingezet en bij het volgend contact blijkt nog steeds sprake van stagnatie, dan ALTIJD consult van andere betrokken behandelaar. Meestal is verwijzing nodig.

3 De genoemde interventies staan beschreven in de NVAB-Richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen', 2007.

Behandelen

Van der Klink en Terluin (2005) geven aan dat het overgrote deel van de mensen die overspannen zijn spontaan beter wordt, ook zonder speciale begeleiding. In eerste instantie is het beleid actief volgend om bij niet optredend of stagnerend herstel in te grijpen. Interventies worden ingezet om stagnaties op te heffen en het herstel te faciliteren. De onderdelen van de behandeling van overspanning zijn gebaseerd op principes van cognitieve gedragstherapie⁴, stress-inoculatietherapie⁵ en een stapsgewijze activerende- en tijdcontingente⁶ benadering.

Voor eerstelijnspsychologen (Derksen, LVE, 2007) staat beschreven dat in de zorg de gezonde aspecten van de cliënt en van diens systeem vanaf het begin gediagnosticeerd en ingeschakeld worden bij het interventieproces. De psychologische behandelinterventies zijn erop gericht de zelfredzaamheid van de cliënt te versterken of terug op het toneel te plaatsen. De eerstelijnspsycholoog past deze interventies binnen korte tijd toe en evalueert ze. Deze werkwijze komt overeen met hetgeen wordt beschreven in de 'stepped care' strategie: op basis van minimale diagnostiek interventies plegen en op geleide van het effect de strategie bijstellen. De eerstelijnspsycholoog is zich net als de andere eerstelijns werkers bewust van de negatieve gevolgen van teveel aandacht geven en daarmee medicaliseren of psychologisieren van de klachten. De attitude van de eerstelijnspsycholoog is gericht op gezondheidsbevordering, 'empowerment' van de cliënt.

Crisisfase

In deze fase voelt de patiënt zich ontredderd en heeft het gevoel de controle over zichzelf en de situatie kwijt te zijn. In deze fase gaat het om inzien en accepteren, afwisselen van rust en activiteit is daarbij belangrijk. De herstelltaken die de patiënt in de crisisfase kan verrichten zijn hierop gericht. Pas als de patiënt inziet en accepteert overspannen te zijn, kan deze ontspannen. Nadenken, erover praten en gedachten erover opschrijven kan hierbij helpen. Verder krijgen patiënten het advies om familie, kennissen en collega's te vertellen dat men overspannen is. Omdat (volledig) functioneren vaak niet meer lukt, zal de patiënt tijdelijk een aantal activiteiten moeten laten vallen en bepaalde taken of verplichtingen moeten afstaan. Het advies is om dit te bespreken met de mensen die het betreft, thuis en op het werk. Verder wordt geadviseerd om een paar taken vast te houden en daarnaast een aantal uren te reserveren om uit te rusten of activiteiten te ondernemen die afleiding en ontspanning bieden. (LESA 2005, NVAB 2007).

De NVAB-richtlijn (2007) beveelt aan om in de crisisfase voorlichting te geven (uitleg over stress, overspanning en psychische problematiek) en een rationale te formuleren. Dit is een acceptabele verklaring voor het toestandbeeld waarin de patiënt zich bevindt en die bovendien aanknopingspunten biedt voor herstel. Een rationale draagt ook bij aan perspectief waardoor structuur geboden wordt aan het herstelproces, bijvoorbeeld aan de hand van een begeleidingsplan. Bij huisartsen worden in de Minimale Interventie Strategie 'Surmenage' voorlichting en het bieden van perspectief aanbevolen (in: Van der Klink en Terluin, 2005; Bakker, 2007). Verder gaan de aanbevelingen over dagstructuur en afwisseling tussen rust en activiteit (LESA 2005, NHG-patiëntenbrieven Overspannen). De richtlijn van NIP/LVE (2005) beschrijft in algemene termen de rol van de eerstelijnspsycholoog: behandelen, begeleiden, coachen en counselen. Vaak raken mensen door stress gedemoraliseerd en de eerstelijnspsycholoog gebruikt daarom veel en vaak kortdurende technieken gericht op het afnemen of verdwijnen van de

- 4 Het corrigeren van cognities en attributies van patiënten om een meer herstelbevorderende visie op de problemen te verkrijgen, komt uit de cognitieve gedragstherapie. De - bewuste of onbewuste - overtuiging dat rust noodzakelijk is en werk dient te worden vermeden om verdere schade aan de gezondheid te voorkomen belemmert het herstel.
- 5 In de 'stress-inoculatietherapie' leert de patiënt met behulp van copingtechnieken beter met stress om te gaan. Dit werkt volgens drie fasen waarbij de patiënt achtereenvolgens educatie over stress(effecten) krijgt, gestimuleerd wordt vaardigheden te ontwikkelen om met stress om te gaan en gecoacht wordt bij het implementeren van deze vaardigheden in toenemend moeilijke (werk) omstandigheden.
- 6 Bij de stapsgewijze activerende benadering worden fysieke en geestelijke activiteiten stap voor stap opgebouwd. Bij de 'tijdcontingente benadering' wordt voor het bereiken van de doelen een tijdschema vastgelegd dat wordt gevolgd ongeacht de wisselende klachten en omstandigheden (Romeijnders en Terluin, 2005).

demoralisatie. De attitude van de eerstelijnspsycholoog wordt gekenmerkt door snelle, korte, directieve hulp: diagnostische screening gekoppeld aan korte, hypothese toetsende interventies (Derksen, LVE, 2007).

De NVAB-richtlijn (2007) beschrijft een aantal interventies die de behandelaar kan toepassen bij stagnatie in de crisisfase:

- Praatadviezen (praten met anderen levert reacties, (her)kenning en nieuwe gezichtspunten op en draagt zo bij aan inzicht en acceptatie).
- Piekeropdracht (structureren van piekeren draagt bij aan inzicht en rust).
- Positief heretiketteren (door het geven van een functie of zingeving aan de klachten wordt gewerkt aan inzicht, acceptatie en perspectief).
- Dagindeling (structureren van de dag met afwisselend in- en ontspanning draagt bij aan acceptatie, rust, opbouw van zelfvertrouwen en conditie).
- Slaapstructuur (bijvoorbeeld het advies om gedurende een bepaalde termijn telkens op hetzelfde tijdstip naar bed te gaan met als doel de uitputting te doorbreken, overige slaapadviezen).

De Minimale Interventie Strategie 'Surmenage' (Bakker 2007) beveelt deze interventies ook aan. Het document Taakdifferentiatie eerstelijnspsycholoog (LVE 2007) beschrijft de taken van de eerstelijnspsycholoog in algemene zin: de aanpak bij overspanning/burnout wordt niet per fase aangegeven. Er staat beschreven dat de eerstelijnspsycholoog wordt geacht te kunnen profiteren van de verschillende therapeutische oriënteringen en deze op generalistisch niveau te kunnen toepassen in een behandelprogramma. Dit wordt integratieve psychologische behandeling genoemd. Indien mogelijk en zinvol worden protocollen en richtlijnen benut en wordt 'evidence based' gewerkt. De eerstelijnspsycholoog handelt vanuit zijn kennis van psychologische diagnostiek en interventies binnen de context van de eerstelijns. Dat wil zeggen dat de sociale omstandigheden, de context van het gezin, het werk, de opleidingssituatie en de wijk worden meegewogen in de diagnostiek en in het interventiebeleid.

In het document van Derksen (2007) staat het volgende: als volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) een psychische stoornis in het spel is, is het gewenst dat er zich een psycholoog mee bemoeit en daarmee kan het onderscheid worden gemaakt met het algemeen maatschappelijk werk (Derksen 2007). De Minimale Interventie Strategie 'Surmenage' (Bakker 2007) heeft als uitgangspunt dat de huisarts de patiënt verwijst naar een eerstelijnspsycholoog of maatschappelijk werker als de patiënt na 4 weken verzuim nog steeds in de crisisfase verkeert. Wanneer werk of verzuim een rol speelt, vindt verwijzing bij voorkeur plaats na overleg met de bedrijfsarts. De NVAB-richtlijn (2007) geeft als criterium voor verwijzen wanneer na 6 weken nog steeds sprake is van een crisisfase: dan volgt verwijzing naar de psycholoog of maatschappelijk werker. Twijfel aan de diagnose of een indicatie voor specifieke psychologische behandeling (bijvoorbeeld bij sterk ingesleten cognities) zijn redenen voor de huisarts of bedrijfsarts om de patiënt zo nodig eerder naar de psycholoog te verwijzen (LESA 2005, NVAB 2007).

Probleem- en oplossingsfase

De hersteltaken in de probleem- en oplossingsfase bestaan uit het op een rij zetten van oorzaken en het bedenken van oplossingen. Daardoor krijgt de patiënt een goed overzicht over de situatie. Oorzaken van de spanning worden zo in beeld gebracht, maar ook problemen, verplichtingen en gebeurtenissen die mogelijk van invloed zijn geweest. Na deze inventarisatie volgt het bedenken van oplossingen, omdat de dingen waardoor men overspannen is geraakt zich meestal niet vanzelf oplossen. De patiënt zal manieren leren om de spanning te verminderen, bijvoorbeeld hoe men de omstandigheden (thuis of op het werk) kan verbeteren zodat ze minder spanning geven. Soms is het nodig keuzes te maken, een aantal verplichtingen te laten vallen en sommige taken over te dragen. Vaak helpt het speciale vaardigheden aan te leren om beter met bepaalde moeilijkheden om te kunnen gaan (bijvoorbeeld een cursus time-management of een training in assertiviteit). De rol van de huisarts en bedrijfsarts (LESA 2005, Terluin en Van der Klink 2005, NVAB 2007) is om de patiënt te ondersteunen en stimuleren om oorzaken te inventariseren en oplossingen te bedenken. De NIP/LVE richtlijn (2005) gaat in op de elementen van de werkomgeving die de eerstelijnspsycholoog samen met de cliënt verkent (arbeidsinhoud, - verhoudingen, -omstandigheden, -voorwaarden). Deze verkenning vormt de basis voor individuele en werkgerichte interventies.

Bij (dreigende) stagnatie geeft de behandelaar de patiënt een inventarisatie-opdracht, bijvoorbeeld het opstellen van een lijst van zeven tot tien stressoren. Als de patiënt de lijst heeft gemaakt kan men een stap verder gaan door hem te vragen per probleem aan te geven in hoeverre het probleem beïnvloedbaar is. De vervolgstappen bestaan uit het aangeven van een oplossing, welke invloed de patiënt op de oplossing heeft en welk tijdpad hij voor ogen heeft.

Dit geeft een gevoel van beheersbaarheid, ook al is nog geen feitelijke actie ondernomen (NVAB 2007). Wanneer oorzaken van stagnatie vooral in de privé-omgeving (lijken te) liggen, verwijst de bedrijfsarts naar de huisarts. De bedrijfsarts verwijst bij stagnatie in de crisisfase zo nodig voor steunende en/of coachende interventies naar bedrijfsmaatschappelijkwerker, psycholoog of psychiater. (NVAB 2007).

De LESA (2005) doet de volgende aanbevelingen:

Consultatie van of verwijzing van de *bedrijfsarts* naar de huisarts vindt plaats bij:

- differentieel-diagnostische twijfel aan de diagnose overspanning of een vermoeden van (een verband met) comorbiditeit

- problemen die betrekking hebben op de privésituatie zoals psychosociale problemen

Consultatie van of verwijzing naar de bedrijfsarts vindt plaats bij:

- specifiek werksituatiegerelateerde problemen zoals onvoldoende re-integratiemogelijkheden of arbeidsconflicten.

Bij het uitblijven van verbetering ondanks eerstelijns begeleiding, kan de patiënt voor meer individuele of toegesneden hulp binnen de eerstelijns worden verwezen naar (bedrijfs)maatschappelijk werk of (bedrijfs)psycholoog.

Toepassingsfase

In de toepassingsfase probeert men de bedachte oplossingen toe te passen. Activiteiten thuis, op het werk of in andere rollen kunnen beter niet te lang uitgesteld worden. In deze fase stimuleert de behandelaar de patiënt de oplossingen in de praktijk te brengen en ervaringsgewijs aan te passen. De sociale en beroepsmatige rollen worden geleidelijk weer opgepakt. De opbouw van de re-integratie wordt uitgewerkt en vormgegeven. Voor het welslagen is het essentieel dat de omgeving hierin meedenkt en meewerkt (LESA 2005). De psycholoog stimuleert de cliënt de werkgerichte oplossingen uit het behandelplan in de praktijk te brengen. De cliënt past verworven inzichten en vaardigheden geleidelijk in werk en/of de privésituatie toe. Bij de interventies is steeds aandacht voor de persoon en de werkomgeving (NIP/LVE 2005).

De NVAB-richtlijn (2007) geeft aan dat wanneer stagnatie vooral is gelegen in de context (bijvoorbeeld pesten, spanningen, reorganisatieperikelen) interventies zich vooral daarop moeten richten. Ook ondersteunt de bedrijfsarts de werkomgeving om (bijvoorbeeld met aanpassingen in het werk) aan te sluiten bij het verminderd functioneren van de werkende. Verder wordt de leidinggevende gecoacht in zijn (proces)begeleidende rol naar de werkende. Uit het oogpunt van optimaal commitment is het wenselijk de patiënt zelf een schema te laten opstellen voor het opbouwen van zowel persoonlijke als sociale activiteiten, waaronder werk (NVAB 2007, LESA 2005). Ook de eerstelijnspsycholoog heeft oog voor de cliënt in zijn context en doet dat vanuit een biopsychosociaal model met aandacht voor alle vitale relaties en gericht op versterking van de gezonde kanten van de cliënt en van het cliëntstelsel. Een en ander betekent inhoudelijk dat de systemische benadering een belangrijke functie heeft voor de eerstelijnspsycholoog bij de diagnostiek en interventies (Derksen, LVE, 2007).

Afstemming

De LESA (2005) geeft aan dat voor goede afstemming tussen de behandelaars het noodzakelijk is om overeenstemming te hebben over behandeldoelen, de gebruikte methodes en elkaars rol. Door vanuit de gemeenschappelijke focus (herstel van (zelf)controle en functioneren) te werken en daarbij elkaars kennis en kunde te benutten, kunnen de huisarts en de bedrijfsarts complementair functioneren ten behoeve van de patiënt. Informatie-uitwisseling is vaak essentieel voor een doelmatig beleid: toestemming van de patiënt is daarvoor een vereiste. Vooral bij stagnatie zijn overleg en afstemming aangewezen. Daarvoor zijn adequate bereikbaarheid en berichtgeving over belangrijke veranderingen in het beloop en eventueel ander onderzoek aangewezen, evenals bericht bij beëindiging van de behandeling. Aan het begin en het eind van de begeleiding is een bericht aan de ander aangewezen. Indien een verschil van mening bestaat over de diagnose of het beleid vindt overleg plaats. Het is van belang in dit soort situaties de patiënt niet te gebruiken als mondelinge overbrenger van suggesties

of commentaar. Leidt overleg niet tot consensus dan wordt aanbevolen dat de betrokken behandelaars de patiënt en het dossier (opnieuw) zien om hun visie te heroverwegen en daarna weer met elkaar te overleggen.

Bij arbeidsconflicten is het van groot belang de patiënt te motiveren om het conflict op de werkplek op te lossen en ervoor te waken dat behandelaars meegetrokken of uitgespeeld worden in een weinig vruchtbaar en langdurig proces. De bedrijfsarts geeft aan de betrokken partijen inzicht in de kenmerken van een conflict en schetst het risico dat door besteding van 'het ziekteverzuim' een schijnoplossing ontstaat met groot risico op langdurig verzuim, juridisering en/of verlies van werk. De bedrijfsarts adviseert een onafhankelijke mediation/bemiddeling als na twee weken nog geen deëscalerende ontwikkelingen zichtbaar zijn. Als de huisarts of eerstelijnspsycholoog van mening is dat het conflict een ongewenste ontwikkeling heeft, initieert hij overleg met de bedrijfsarts.

Samenwerking met de andere eerstelijns disciplines, het op elkaar afstemmen van het werk, het maken van een gezamenlijk beleid bij de behandeling van individuele cliënten zijn allemaal voordelen die de eerstelijns voor de cliënt heeft te bieden. Men weet elkaar over en weer snel te vinden. Cliënten ervaren deze nauwe samenwerking en het overleg dat er over hun behandeling wordt gevoerd als prettig en vertrouwenwekkend (Derksen, LVE 2007).

Adequate uitvoering van de gemaakte afspraken zal in de praktijk lastig kunnen zijn door een aantal factoren. Zo zijn de organisatievormen van bedrijfsartsen en huisartsen nog heel verschillend: veldonderzoek (Romeijnders en Terluin 2005) wees uit dat regionale huisartsen en bedrijfsartsen (zeker in de grote steden) slechts zeer weinig gemeenschappelijke patiënten hebben. Tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen is regionale samenwerking gebruikelijk. Waar traditionele samenwerking tussen eerste en tweede lijn vaak gebaseerd is op persoonlijke contacten tussen de hulpverleners, zal de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen eerder gebaseerd moeten zijn op wederzijds respect en commitment met elkaars specifieke kennis en werkwijzen (Romeijnders en Terluin 2005). Ook in de literatuur van psychologen is beschreven dat er niet altijd daadwerkelijk contact nodig is: vaak is al het op de hoogte zijn van elkaars bedoelingen en inzet voldoende om tot een goede afstemming te komen. (NIP/LVE 2005).

Het is van belang dat de diverse actoren in het veld van psychische problemen en werk de behandeling en begeleiding met elkaar afstemmen. Een goede afstemming tussen de diverse spelers in het veld en het benadrukken van het belang van werk bevordert vroegtijdige interventie en re-integratie. Professionals moeten de grenzen van hun vakgebied kennen en weten wanneer andere professionals ingeschakeld of betrokken dienen te worden. Bij afstemming staat de cliënt centraal. Hierbij gelden de uitgangspunten van beroepscode en wetgeving. Met uitdrukkelijke toestemming van de cliënt kan afstemming plaatsvinden tussen professionals die bij de behandeling en begeleiding betrokken zijn, zoals de bedrijfsarts, huisarts, psycholoog, psychiater, arbeidsdeskundige of verzekeringsarts. Voor iedere gegevensverstrekking is de behandelaar verplicht om na te gaan of er sprake is van een legitieme vraagstelling en welke gegevens relevant en noodzakelijk zijn voor de beantwoording daarvan.

7.3 OVERWEGINGEN

De projectgroep beschouwt het werken volgens het fasen-takenmodel als de basis voor de behandeling, samenwerking en afstemming rond patiënten met overspanning/burnout. Dit model is gericht op een actieve inbreng van de patiënt die gedurende het herstelproces hersteltaken verricht. Ook wordt de inbreng van de omgeving bij het proces van functioneel herstel betrokken. Verder vereist het model een actief volgende rol van de behandelaar (bedrijfsarts, huisarts en eerstelijnspsycholoog). Stagnatie vereist een tijdige en passende interventie.

In de begeleiding handelt de huisarts vanuit zijn kennis van de patiënt, diens omgeving en wijze van omgaan met ziekten en problemen. De eerstelijnspsycholoog handelt vanuit zijn kennis van psychologische diagnostiek en interventies binnen de context van de eerstelijns, dat wil zeggen dat de sociale omstandigheden, de context van het gezin, het werk, de opleidingssituatie en de wijk worden mee-

gewogen in de diagnostiek en in het interventiebeleid. De bedrijfsarts handelt vanuit zijn beroepsmatige kennis, zijn kennis van het bedrijf en de specifieke werkomstandigheden. Bij werknemers die vanwege overspanning of burnout verzuimen is de Wet Verbetering Poortwachter (WVP)⁷ van toepassing.

Zowel de huisarts, eerstelijnspsycholoog als bedrijfsarts kan, gezien de laagdrempelige eerstelijns toegang van deze beroepsgroepen, de patiënt als eerste zien en met de begeleiding beginnen. Om de actief volgende houding van de behandelaar te realiseren monitort deze het herstelproces (ten minste) eenmaal per drie weken. In de crisisfase geeft de behandelaar in ieder geval voorlichting, biedt perspectief en bespreekt de dagstructuur.

De overgrote meerderheid van de patiënten met overspanning zal in eerste instantie bij de huisarts of bedrijfsarts komen. Meestal is het geven van voorlichting en perspectief in combinatie met een actief volgend beleid voldoende en is verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog niet nodig. Wanneer er sprake is van arbeidsverzuim komt de patiënt automatisch in beeld bij de bedrijfsarts.

7.4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

7.4.1 BEHANDELING

Overspanning heeft een gunstig natuurlijk beloop. Op basis van de huidige inzichten heeft de werkgroep consensus bereikt dat zo snel mogelijk, in ieder geval binnen twee weken gestart dient te worden met de volgende interventies: voorlichting, geven van perspectief en een activerende en structurerende begeleiding door bedrijfsarts, huisarts of eerstelijns psycholoog.

Voor een doelmatige begeleiding van overspanning en burnout is een benadering effectief, waarbij het herstel van het probleemoplossend vermogen in verschillende fasen wordt onderverdeeld. Deze aanpak wordt procescontingent genoemd en kent drie fasen:

- de *crisisfase*
- de *probleem- en oplossingsfase*
- de *toepassingsfase*

Wanneer de behandelaar de patiënt volgens dit model consequent en activerend begeleidt, kan deze meestal binnen 3 maanden weer controle over zijn functioneren krijgen en (gedeeltelijk) zijn maatschappelijke en privéactiviteiten oppakken en aan het werk gaan. Bij patiënten met een vertraagd herstel initieert de behandelaar interventies die erop gericht zijn het zelfredzaam vermogen van de patiënt te versterken en/of belemmerende factoren te helpen oplossen.

Voorbeelden van interventies zijn:

- in de *crisisfase*:
Basisinterventies:
Voorlichting geven, perspectief bieden, rationale geven (acceptabele verklaring voor de klachten en problemen met perspectief op herstel), adviseren over dagstructuur

⁷ In de WVP zijn de taken en verplichtingen van zowel de werkgever als de werknemer vastgelegd. Werknemer en werkgever zijn samen verantwoordelijk voor re-integratie. De bedrijfsarts adviseert hen over beperkingen en re-integratiemogelijkheden en geeft advies over de beste manier waarop de werkgever kan begeleiden. Om zo goed mogelijk in te spelen op re-integratiemogelijkheden stelt de bedrijfsarts bij 6 weken verzuim een probleemanalyse met een re-integratieadvies op. Hierin staat welke beperkingen van de werknemer heeft voor het werk, wat zijn mogelijkheden zijn voor herstel en wanneer hij het werk weer zou kunnen hervatten. Binnen acht weken na de verzuimmelding, of uiterlijk twee weken na de probleemanalyse, stellen de werkgever en werknemer samen een Plan van Aanpak op. In dit plan wordt beschreven wat beiden gaan doen zodat de werknemer weer kan gaan werken. Soms stagneert de re-integratie door een verschil van mening tussen werknemer en werkgever. Of is er behoefte aan een deskundig oordeel over de uitvoering van het Plan van aanpak. Werkgever en werknemer kunnen in zo'n situatie een deskundigenoordeel bij UWV vragen. Bij zo'n oordeel bekijken onafhankelijke verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen de situatie en helpen ze de re-integratie weer op te pakken. De uitkomst van het deskundigenoordeel is echter niet bindend, tegen de beslissing kan niet bij UWV in beroep worden gegaan. Komen werkgever en werknemer er met het deskundigenoordeel samen niet uit, dan kan men wel naar de rechter stappen. Het deskundigenoordeel kan van invloed zijn op de uitspraak van de rechter [www.uwv.nl; www.arboportaal.nl/arbo_a_tm_z/p/poortwachter].

Aanvullende interventies (bijvoorbeeld bij stagnatie):

Praatadviezen, positief heretiketteren, piekeropdrachten, gerichte adviezen voor dagindeling en en slaapstructuur

- in de *probleem- en oplossingsfase*:
Basisinterventie:
Stimuleren van de patiënt om oplossingen te zoeken voor de factoren die bijdragen aan (het ontstaan van) overspanning of burnout.
Aanvullende interventie:
Probleem- en oplossingsinventarisatie met behulp van schrijf- en registratieopdrachten

- in de *toepassingsfase*:
Basisinterventie:
Stimuleren van de patiënt om de gevonden oplossingen toe te passen in zijn dagelijkse situatie (werk, privé, sociaal)
Aanvullende interventies:
Opdracht om te anticiperen op mogelijke belemmeringen bij oppakken van rollen en taken, opdracht om belastende factoren
Te saneren, opdracht om zelf een werkhervattingschema te maken, adviezen aan de werkgever over aanpassingen en maatregelen in de werkomgeving die het herstel kunnen ondersteunen

7.4.2 INDICATIES VOOR VERWIJZEN

Voor huisarts en bedrijfsarts bestaat een indicatie voor verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog wanneer:

- Er stagnatie optreedt bij het herstel van de overspanning en de bedrijfsarts of huisarts geen mogelijkheden ziet om de stagnatie op te heffen, of wanneer de stagnatie langer dan 3 weken duurt.
- Interventies van de bedrijfsarts of huisarts om de stagnatie op te heffen binnen 3 weken geen effect hebben.
- Er sprake is van burnout.
- Er twijfel is over de diagnose.

Voor de eerstelijnspsycholoog en huisarts bestaat een indicatie voor het inschakelen van de bedrijfsarts, wanneer:

- Er sprake is van een arbeidsconflict.
- Er stressoren in het werk zijn die met de overspanning samenhangen.
- Werkgerelateerde factoren het herstel(proces) en/of werkhervatting belemmeren.

Als de eerstelijnspsycholoog of huisarts een arbeidsconflict waarneemt is er een indicatie om zo snel mogelijk en in ieder geval binnen 5 werkdagen de bedrijfsarts in te schakelen. Wanneer er sprake is van een arbeidsconflict en een burnout kan de patiënt door zowel de bedrijfsarts als de eerstelijnspsycholoog begeleid worden.

Voor de bedrijfsarts bestaat een indicatie voor verwijzen naar de huisarts, wanneer:

- Oorzaken van overspanning of stagnatie in het herstelproces vooral in de privé-omgeving liggen.

Verwijzing naar de tweedelijns GGZ is geïndiceerd:

- Bij het uitblijven van verbetering ondanks begeleiding door de eerstelijnspsycholoog.
- Bij complexe problematiek waarbij er in de eerstelijns onvoldoende behandelingsmogelijkheden zijn.

Als verwijzing plaatsvindt geeft de projectgroep aan dat de patiënt binnen 2 weken na verwijzing terecht moet kunnen bij de behandelaar waarnaar verwezen wordt. Verwijzing vindt plaats in samenspraak tussen de bij de patiënt betrokken behandelaars.

- Bij afstemming en samenwerking handelt de behandelaar volgens onderstaande randvoorwaarden:
- De patiënt heeft een actieve rol in zijn proces.
- De samenwerking tussen behandelaars is gebaseerd op het fasen-takenmodel en op wederzijds respect en commitment met elkaars specifieke kennis, werkwijzen en rol

Voor het contact tussen huisarts, bedrijfsarts en eerstelijnspsycholoog kan gebruik worden gemaakt van het door de KNMG ontwikkelde communicatieformulier (www.knmg.nl, publicaties). De beroepscode van het NIP beschrijft de voorwaarden rond informatieverstrekking voor psychologen (<http://www.psynip.nl>).

7.5 LITERATUUR

- Bakker, I. 2007. *Stress-related mental disorders with sick leave: a minimal intervention in general practice*. Proefschrift. Amsterdam, EMGO Instituut, VU Medisch Centrum.
- Derksen, J.J.L./LVE 2007. *Taakdifferentiatie eerstelijnspsycholoog*, Amsterdam, LVE 2007 NIP /LVE, 2005. Richtlijn Werk en psychische klachten. www.psynip.nl, www.lve.nl.
- Van der Klink, J. J. L., Ausems, C. C. M., Beijderwellen, B. D., Blonk, R. W. B., Bruinvels, D. J., Dogger, J., Hoedeman, R., Janssen, J., Loo, M., Nieuwenhuijsen, K., Oeij, T. S., Van Rees, E., Van Rhenen, W. & De Roos, L. 2007, *Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen*. Richtlijn. NVAB, Utrecht.
- Romeijnders ACM, Terluin B. 2005, *Achtergronden bij de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning*. Zie <http://nhg.artsennet.nl>
- Romeijnders, A.C.M., Vriezen, J.A., Klink, J.J.L., van der, Hulshof, C.T.J., Terluin, B., Flikweert, S., Baart. P.C. 2005, *Huisarts Wet 2005;48(1):20-3*. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning
- Terluin, B., Van der Klink, J. J. L., & Schaufeli, W. B. 2005, *Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burnout*, in *Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*, J. J. L. Van der Klink & B. Terluin, eds., Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

8 LITERATUUR ALGEMEEN

8.1 LITERATUUR BIJ ALGEMENE INLEIDING

- Advies van de Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid, *Werk maken van arbeidsongeschiktheid*, 30 mei 2001, Den Haag.
- Anema, J. R., Jettinghoff, K., Houtman, I., Schoemaker, C.G., Buijs, P.C., van den Berg, R. 2006, Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems. A cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J Occup Rehabil*; 16:41-52.
- Bakhuys Roozeboom, M., Gouw, P., Hoofman, W., Houtman, I., Klein Hesselink, J. 2008, *Arbobaalans 2007/2008 Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*, TNO Kwaliteit van Leven. In opdracht van Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Hoofddorp.
- Bakker, I. M., Terluin, B., Van Marwijk, H. W. J., van der Windt, D. A. W. M., Rijmen, F., van Mechelen, W. & Stalman, W. A. B. 2007, A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials*, vol. 2, no. 6, p. e26.
- Bijl, R.V., Ravelli, A. 2000, Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med*; 30: 57-668.
- Brouwers, E. P. M., Tiemens, B. G., Terluin, B. & Verhaak, P. F. M. 2006, Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial., *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 28, pp. 223-229.
- Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid, 2003. *Leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen*, Den Haag.
- Knipscheer, C.P.M., Broese van Groenou, M.I., Leene, G.J.F., Beekman, A.T.F. & Deeg, D.J.H. 2000, The effects of environmental context and personal resources on elderly depressive symptomatology: A preliminary test of the Lawton-model. *Ageing and Society*, 20, 183-202.
- Kruijshaar, M.E., Hoeymans, N., Bijl, R.V., Spijker, J., Essink-Bot, M.L. 2003, Levels of disability in Major Depression: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), 2003, *Journal of Affective Disorders*, 77 (1): 53-64.
- LVE, *Codeboek 2007*, Amsterdam
- Marshall Williams, S., Saxena, S., McQueen, D. V. 2005, The momentum for mental health promotion. Promotion & Education, *International Journal of Health Promotion and education; Supplement : 6-9*
- Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, *Signaleringsrapport Beroepsziekten*, Amsterdam, 2009 en 2006
- Rebergen, D.S., Bruinvels, D.J., Bezemer, P.D., van der Beek, A.J., van Mechelen, W. 2009, Guideline-based Care of Common Mental Disorders bij Occupational Physicians (CO-OP study): A Randomised Controlled Trail, *J Occup Environ Med* vol. 51, pp. 305-312.
- Poos, M.J.J.C., Smit, J.M., Groen, J., Kommer, G.J., Slobbe, L.C.J. 2005, *Kosten van ziekten in Nederland: zorg voor euro's*. RIVM rapport 270751019
- Romeijnders, A. & Terluin B. 2005, *Achtergronden bij de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning*.
- Schröer, C. A. P. 1993, *Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop*, Universiteit Maastricht.
- Timmers, T., Steenkamp, F. 2009, *Gebruikerstoets: Studeren met een handicap 2008, Studenten met een handicap over de voorlichting, begeleiding en voorzieningen bij hun opleiding en instelling*. Een rapport voor handicap + studie, expertisecentrum voor onderwijs en handicap; Stichting HOP onderwijs consumenten informatie, Leiden,
- Timmermans J. , de Boer, A., Iedema J. 2005, *SCP-werkdocument 120, De mantelval. Over de dreigende overbelasting van de mantelzorger*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, december 2005, ISBN 90 377 0245 7
- Van Engers, R. W. 1995, *Overspannen in de ziekte wet; een onderzoek naar de oorzaken en het verloop van ziekteverzuim wegens overspanning.*, TICA, Amsterdam
- Van der Linden, M.W., Westert, G.P., De Bakker, D.H., Schellevis, F.G. 2004, *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.

- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., de Boer, A.G.E.M., Blonk, R.W., van Dijk, F.J.H. 2004, Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems, *Occup Environ Med* vol. 61, pp. 817-823.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., De Boer, A.G.E.M., et al. 2004, Predicting return to work in patients with common mental disorders, in *occupational health care*. aangeboden voor publicatie.
- Houtman, I., Jettinghoff, K., Brenninkmeijer, V., van den Berg, R. 2005, *Work stress in the police force five years later: the effect of sectorized agreements on (stress) management*. [in Dutch]. TNO Quality of Life. The Netherlands, Hoofddorp.
- Houtman, I.L.D., Schoemaker, C.G., Blatter, B.M., de Vroome, E.M.M., van den Berg, R., Bijl, R.V. 2002, *Mental health problems, interventions, and work resumption: The prognoses Study INVENT* [In Dutch]. TNO Quality of Life. The Netherlands, Hoofddorp.
- Everdingen, J. van, Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A., Barneveld, T.A., van, Klundert, J.L.M., van de (redactie) 2004, *Evidence-Based Richtlijnonwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

8.2 ANDERE RICHTLIJNEN, CODES EN SAMENWERKINGSAFSPRAKEN AANGAANDE PSYCHISCHE KLACHTEN EN ARBEID

- Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid, november 2001, *Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen*, Den Haag
- Geus, R., en Scholte, M. 2005, *Begrijp ik u goed? Richtlijn intake en indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen*, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn – Sociaal Beleid / NIZW-SB Ontwikkeld voor: Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen, Amsterdam.
- Van der Klink, J. J. L., Ausems, C. C. M., Beijderwellen, B. D., Blonk, R. W. B., Bruinvels, D. J., Dogger, J., Hoedeman, R., Janssen, J., Loo, M., Nieuwenhuijsen, K., Oeij, T. S., Van Rees, E., Van Rhenen, W. & De Roos, L. 2007, *Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen*. Richtlijn. NVAB, Utrecht.
- NIP /LVE, 2005. *Richtlijn Werk en psychische klachten*.
- NIP, 1998. *De beroepscode voor psychologen*. Amsterdam. (www.psynip.nl)
- NIP, 2004. *Algemene Standaard Testgebruik*. Amsterdam.
- LVE, *Wachttijdbeleid voor eerstelijnspsychologen*, www.lve.nl
- Romeijnders, A.C.M., Vriezen, J.A. Van der Klink, J.J.L., Hulshof, C.T.J., Terluin, B., Flikweert, S., Baart, P.C. Huisarts Wet 2005;48(1):20-3. Van der Klink, J. J. L. 2000, *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Richtlijnen voor bedrijfsartsen*. NVAB, Eindhoven.

8.3 WETTELIJK KADER

Zie voor de recente versie van deze wetgeving www.wetten.nl

- Wet Verbetering Poortwachter, 2004
In de WVP zijn de taken en verplichtingen van zowel de werkgever als de werknemer vastgelegd. Werknemer en werkgever zijn samen verantwoordelijk voor re-integratie. De bedrijfsarts adviseert hen over beperkingen en re-integratiemogelijkheden en geeft advies over de beste manier waarop de werkgever kan begeleiden. Om zo goed mogelijk in te spelen op re-integratiemogelijkheden stelt de bedrijfsarts bij 6 weken verzuim een probleemanalyse met een re-integratieadvies op. Hierin staat welke beperkingen van de werknemer heeft voor het werk, wat zijn mogelijkheden zijn voor herstel en werk en wanneer hij het werk weer zou kunnen hervatten. Binnen acht weken na de verzuimmelding, of uiterlijk twee weken na de probleemanalyse, stellen de werkgever en werknemer samen een Plan van Aanpak op. In dit plan wordt beschreven wat beiden gaan doen zodat de werknemer weer kan gaan werken. Soms stagneert de re-integratie door een verschil van mening tussen werknemer en werkgever. Of is er behoefte aan een deskundig oordeel over de uitvoering van het Plan van aanpak. Werkgever en werknemer kunnen in zo'n situatie een deskundigenoordeel bij UWV vragen. Bij zo'n oordeel bekijken onafhankelijke verzekeringartsen en arbeidsdeskundigen de situatie en helpen ze

de re-integratie weer op te pakken. De uitkomst van het deskundigenoordeel is echter niet bindend, tegen de beslissing kan niet bij UWV in beroep worden gegaan. Komen werkgever en werknemer er met het deskundigenoordeel samen niet uit, dan kan men wel naar de rechter stappen. Het deskundigenoordeel kan van invloed zijn op de uitspraak van de rechter [www.uwv.nl; www.arboportaal.nl/arbo_a_tm_z/p/poortwachter].

- VUT-regeling
- Wet BIG, Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg
- Arbowet
- WBG0

BEWIJSKRACHT VAN ARTIKELEN BETREFFENDE DIAGNOSTIEK

- A1 Onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgd, goed gedefinieerde patiëntengroep met een vooraf gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen. Ook: besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en waarbij voldoende rekening wordt gehouden met de onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests.
- A2 Onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij vooraf criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie. Het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van vooraf gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multi-pele diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid. De analyse dient hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie.
- B Vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A genoemd staan.
- C Niet-vergelijkend onderzoek.
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroepleden.

BEWIJSKRACHT VAN ARTIKELEN BETREFFENDE INTERVENTIE EN SECUNDAIRE PREVENTIE

- A.1. Systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-onderzoek betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.
- A2. Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie.
- B. Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek).
- C Niet-vergelijkend onderzoek.
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroepleden.

BEWIJSKRACHT VAN ARTIKELEN DIE UITSPRAKEN OVER SCHADE OF BIJWERKINGEN, ETIOLOGIE, PROGNOSE* ONDERBOUWEN

- A1. Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.
- A2. Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
- B Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle-onderzoek.
- C Niet-vergelijkend onderzoek.
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroepleden.

* *Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.*

NIVEAU VAN BEWIJS VAN DE OP DE ARTIKELEN GEBASEERDE CONCLUSIES

Eén systematische review (A1) of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2.

Tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B.

Eén onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C.

Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroepleden.

Indeling van methodologische kwaliteit van studies naar prognose.

- A1 Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
- A2 Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
- B Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
- C Niet-vergelijkend onderzoek
- D Mening van deskundigen

Niveau van bewijskracht van de conclusie op basis van het aan de conclusie ten grondslag liggend bewijs

Niveau	Conclusie gebaseerd op
1	Eén systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2 <i>Het is aangetoond dat...</i>
2	Ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B <i>Er is sterk bewijs dat...</i>
3a	Eén onderzoek van niveau A2 of B of meerdere onderzoeken van niveau C <i>Er is matig bewijs dat....</i>
3b	Eén onderzoek van niveau C. <i>Er is beperkt bewijs dat....</i>
4	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden <i>Binnen de projectgroep multidisciplinaire richtlijn overspanning/burnout is consensus over....</i>

Tabel bij hoofdstuk 3 Overzicht definities en termen die mogelijk synoniem zijn met de begrippen overspanning en burnout

Termen	Referentie	Definitie of omschrijving
Overspanning	Kraft, 1972	“Er is een té veel aan spanning opgeroepen door een voor het individu in te korte tijd té groot prikkelaanbod (emotioneel-kwalitatief), hetgeen zowel passief-receptief als actief-productief verkregen kan worden, waardoor na verloop van tijd wegens onvoldoende geestelijke verwerking onlustgevoelens in dusdanige graad optreden dat zich psychische en somatische klachten van diverse aard openbaren.”
Overspannenheid	Winnubst, 1989	“Overspannenheid (is) het gevolg van blootgesteld zijn aan langdurige stress (in het Engels: burnout). Overspannenheid dient zich vaak onverwacht aan. De betrokkene komt niet meer los van de problemen, slaapt slecht en functioneert nauwelijks meer. De emoties kunnen niet meer goed onder controle worden gehouden; dit kan leiden tot vermijdingsgedrag. Vaak fobische en hyperventilatieproblemen, alsmede psychosomatische klachten. Overspannenheid is een crisis waar men doorheen kan komen.”
Overspanning	Schröer, 1993	“Overspanning is een dusdanige verstoring van het evenwicht tussen psychische belasting en psychische belastbaarheid als gevolg van veranderingen in individuele belastbaarheid en/of psychosociale belasting, dat bij het getroffen individu een proces ontstaat van verminderd vermogen tot sociaal functioneren, gepaard gaande met lichamelijke klachten, stemmings- en/of gedragsveranderingen.”
Overspanning	Van der Klink, 2000	“De patiënt heeft niet het niveau van controle kunnen handhaven om zijn/haar sociale rollen te blijven invullen: er zijn substantiële beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren. Vrijwel altijd hebben patiënten de werkrol laten vallen. De periode tussen aanvang van de herkenbare stressveroorzakende situatie en de ontstane functioneringsproblematiek is relatief kort (tot ca. 12 weken). Het specifieke klachtenpatroon ... kan ik kaart worden gebracht met de 4DKL ...”
Overspanning (in engere zin)	Schmidt, 2000	“Als kern van het surmenagesyndroom zien we ... het verworven, doch in beginsel reversibele onvermogen van het individu om - als gevolg van aanhoudende stress - nieuwe of complexe informatie uit de buitenwereld op een adequate wijze te verwerken, zowel cognitief, als emotioneel, met objectief waarneembaar en ook als zodanig ervaren persoonlijk disfunctioneren als onvermijdelijk gevolg.” Overspanning “... komt vooral naar voren als een neuropsychologische functiestoornis bij de verwerking van nieuwe informatie.”
Overspanning (in engere zin)	Schmidt, 2001	“Gemeenschappelijk ... is het tijdelijk onvermogen om nieuwe of emotioneel beladen informatie op een adequate wijze te kunnen verwerken. Maatschappelijk disfunctioneren en zich niet meer opgewassen voelen tegen de dagelijkse verplichtingen zijn dan het gevolg. Al met al leidt dit tot de volgende kernsymptomen: concentratiestoornissen, moeite hebben met helder denken, vergeetachtigheid, zich niet meer in staat voelen problemen op te lossen, interesseverlies, geen plezier meer beleven aan dagelijkse dingen en als gevolg van dit alles: het subjectieve gevoel hebben de dagelijkse verplichtingen niet meer aan te kunnen en objectief vaststelbaar minder presteren.
Overspanning	Terluin et al., 2005	“Bij overspanning is er sprake van ernstige stressklachten en een verstoord sociaal functioneren.” “Het meest kenmerkende aan overspanning is ... het feit dat de patiënt de spanning niet meer aankan. Er is dus sprake van een falende coping, ofwel: demoralisatie. We kunnen dit ook beschrijven als controleverlies: de patiënt is de greep op zijn situatie kwijtgeraakt.”

Overspanning	Romeijnders et al., 2005	“De LESA verstaat onder overspanning een met een belastende situatie samenhangend klinisch beeld van spanningsklachten met aanzienlijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren. ... De spanningsklachten zijn doorgaans specifiek van aard: de patiënten zijn moe, gespannen, prikkelbaar, slapeloos, emotioneel labiel, lijden aan concentratieverlies en functioneren sociaal en in het werk minder goed. Verondersteld wordt dat overspanning staat voor overbelasting van de ‘draagkracht’ in verhouding tot de ‘draaglast’ van een patiënt. Bij de draaglast kunnen problemen in het werk, maar ook in de leefomgeving of ernstige gebeurtenissen een rol spelen. Bij de draagkracht spelen factoren als copingvaardigheden, sociale steun en persoonlijkheidsmerken een rol. Overspanning wordt gezien als het gevolg van controleverlies, demoralisatie of een falende coping bij een relatieve overmaat aan stress.”
Surmenage	Terluin, 1986	“Surmenage (overspanning, managersziekte, nervous breakdown) is een subacuut decompensatiesyndroom dat optreedt onder invloed van een te grote psychosociale ‘belasting’ in verhouding tot de ‘belastbaarheid’ van de patiënt. Het treft mensen die persoonlijk en maatschappelijk ‘normaal’ functioneren maar door een ongelukkige samenloop van omstandigheden en gebeurtenissen ‘overbelast’ en overspannen raken. Daarnaast kan een grotere kwetsbaarheid (verminderde ‘belastbaarheid’) een rol spelen.
Surmenage	Terluin, 1994	“Surmenage ... wordt gekarakteriseerd door een kenmerkend symptoomprofiel (voornamelijk specifieke distress en weinig of geen ‘neurotische’ symptomen) en sociaal disfunctioneren.”
Burnout	Terluin et al., 2005	“Van burnout spreken we in het geval van overspanning bij iemand die in een langdurig proces volledig is vastgelopen in zijn werk.” “Burnout kan worden gezien als een tot chroniciteit neigende overspanning als gevolg van langdurige, escalerende problemen met betrekking tot de werkkrol.”
Burnout	Schmidt, 2001	“Dit proces voltrekt zich als een langzame, psychische erosie ten aanzien van het werk. Er is sprake van een zich langzamerhand in ongunstige zin ontwikkelende werkhouding ten opzichte van collega’s, klanten, patiënten, leerlingen etc. Men wordt cynischer, onverschilliger, gaat gaandeweg ook meer en meer twifelen aan de eigen competentie en uiteindelijk wordt het werk een zich dagelijks herhalende, grote bron van stress. ... In onze opvatting is het specifieke van het begrip burnout gelegen in het proces van ‘psychische erosie’ en niet in de eindtoestand van uitputting. In deze zienswijze vormt een burnoutproces een van de mogelijke stress-sporen die uiteindelijk kunnen leiden tot een toestand van overspanning.”
Burnout (stress-gerelateerde neurasthenie)	Hoogduin et al., 2001	“Criteria voor werkgerelateerde neurasthenie: 1. Persistente lichamelijke en/of geestelijke vermoeidheid, blijvend uit snellere vermoeibaarheid na mentale inspanning dan voorheen, of uitputting na een relatief geringe lichamelijke inspanning. 2. Ten minste twee van de volgende klachten: - spierpijn, rug-, nek- en gewrichtspijn - duizeligheid - spanningshoofdpijn - slaapstoornissen - moeite met ontspannen - maag- of darmklachten - toegenomen prikkelbaarheid. 3. Twee van de volgende verschijnselen: - aanwezigheid van cynisme - gevoel geestelijk afgestompt te zijn - gevoel dat prestaties verminderd zijn. 4. Geen angst- of depressieve stoornis. 5. De klachten zijn gerelateerd aan werkomstandigheden.”
Burnout	Gaillard, 2003	“Burnout is een vorm van langdurige vermoeidheid die in verband staat met ervaren stress op het werk en onderscheiden kan worden van andere psychologische klachtenpatronen (klinische depressiviteit), terwijl er geen sprake is van psychiatrische stoornissen. Werknemers met een hoog burnoutrisico hebben er moeite mee om effectief te functioneren, zij ondervinden veel psychosomatische klachten, verzuimen vaak en langdurig, en lopen een grote kans in de WAO te komen. Zij worden vaak volledig afgekeurd, terwijl het perspectief op reïntegratie in het arbeidsproces slecht is.”

Burnout	Van der Klink, 2000	“De bedrijfsarts is alert op dit beeld bij een relatief lange voorgeschiedenis van overbelasting (1 jaar of langer) en een chronisch klachtenbeloop. De patiënt is emotioneel uitgeput en heeft bovendien een grote distantie ten opzichte van het werk en/of een verminderd gevoel van competentie.”
Burn-out	Schaufeli, 2007	“De specificiteit van burn-out zit in de combinatie van een gebrek aan handelingsvermogen (het energetische aspect) en een gebrek aan handelingsbereidheid (het motivationele aspect). ... Het begrip burn-out [zou] enkel en alleen [gebruikt] dienen te [worden] wanneer er sprake is van werk in de psychologische zin van het woord. Dat wil zeggen van een systematische, gestructureerde en doelgerichte activiteit met een zeker verplichtend karakter.”
Stress-gerelateerde stoornis	Van der Klink et al., 2007	“De patiënt heeft niet het niveau van controle kunnen handhaven om zijn/haar sociale rollen te blijven invullen: er zijn substantiële beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren ... voorheen werd onderscheid gemaakt tussen ‘overspanning’ en ‘burnout’. Belangrijkste onderscheid daarbij was dat bij ‘overspanning’ de periode tussen aanvang van de herkenbare stressveroorzakende situatie en het ontstane functioneringsproblematiek relatief kort was ... tot ca 12 weken. De oude term ‘burnout’ werd dan gebruikt voor het beeld met een relatief langere voorgeschiedenis van blootstelling aan stressoren en daarbij horend chronisch klachtenbeloop EN het, meestal sluipend verloop van minder of niet meer invullen van bepaalde taken bij rollen. Patiënten presenteren zich op het moment van controleverlies relatief vaker met klachten van emotionele uitputting, grote distantie ten opzichte van het werk en / of een verminderd gevoel van competentie.”
Chronische Stress Syndroom (CSS)	Schaufeli, 2007	“De specificiteit van burn-out zit in de combinatie van een gebrek aan handelingsvermogen (het energetische aspect) en een gebrek aan handelingsbereidheid (het motivationele aspect). ... Het begrip burn-out [zou] enkel en alleen [gebruikt] dienen te [worden] wanneer er sprake is van werk in de psychologische zin van het woord. Dat wil zeggen van een systematische, gestructureerde en doelgerichte activiteit met een zeker verplichtend karakter.”
Stressgerelateerde stoornis	CSR Centrum (methode Sonja van Zweden) http://www.csrcentrum.nl/cms/node/65	“Een CSS wordt gekenmerkt door toenemende klachten over het lichamelijk en psychisch functioneren: - op lichamelijk gebied (bijv. snel moe, slecht slapen, pijnlijke en gespannen spieren) - op cognitief gebied (bijv. concentratie- en geheugenproblemen, problemen met plannen) - op emotioneel gebied (bijv. prikkelbaarheid, snel in tranen uitbarsten, depressie- en angstklachten) - op gedragsgebied (bijv. gehaast of ongeduldig gedrag, niet meer kunnen stoppen met werken). Door deze klachten gaan mensen steeds minder goed functioneren, wat vervolgens vaak tot verdere problemen leidt, zowel op het werk als in de privé-sfeer (denk bijvoorbeeld aan conflicten). Door chronische overbelasting en stress raken lichaamssystemen ontregeld. Het gaat om systemen die betrokken zijn bij activiteit, stress en ontspanning, zoals hormonale systemen, het autonome zenuwstelsel, de bloeddruk, de ademhaling en de glucoseverbranding. Ook organen kunnen ontregeld raken, zoals het hart, de maag en de darmen. Hierdoor kunnen tal van psychische en lichamelijke klachten ontstaan.”
Burnout	Instituut voor Burnout- en Stresshantering http://www.het-inbosh.nl/pwatburnout.htm	“Burnout is een uitputtingsreactie van lichaam en geest op een (jaren)lange ervaring van stress. Mensen met een burnout spreken vaak over een accu die echt leeg is, een elastiek dat steeds verder wordt uitgerekt totdat de veerkracht verdwenen is, of hebben het gevoel jarenlang in een versnelling te hoog (soms te laag) te hebben gewerkt. Maar ook heel belangrijk is dat de persoonlijke en sociale omstandigheden een grote rol kunnen spelen. Avond na avond moe thuiskomen en ‘s morgens al moe naar het werk gaan. Geen zin meer hebben om naar het werk te gaan, concentratieproblemen, gevoelens van incompetentie, sneller geïrriteerd raken om de kleinste dingen.”

Burnout	GGZ-consult online	<p>“Internationaal erkende definitie van burnout, ontwikkeld door bedrijfsarts en onderzoeker M.M.A. de Valk:</p> <p>Burnout is een stoornis die wordt gekenmerkt door gevoelens van uitputting van lichaam, geest en ziel. Hij ontstaat vaak in een periode van extreme stress, na zeer ingrijpende gebeurtenissen (life events) of gebeurtenissen die kort na elkaar plaats gevonden hebben zonder dat er een fase van herstel heeft kunnen optreden. Degenen die aan burnout gaan lijden, hebben vaak de neiging om in perioden van stress juist door te gaan en onvoldoende aandacht aan zichzelf te besteden. Geleidelijk ontstaan de kenmerkende lichamelijke en geestelijke vermoeidheidsklachten, die niet door een virusinfectie of depressiviteit verklaard kunnen worden. Naast lichamelijke klachten als spierpijn, hoofdpijn, soms duizeligheid en maagproblemen heeft de patiënt last van prikkelbaarheid en pessimisme over de toekomst. Vaak is sprake van een cynische houding. Risicogroepen moeten gezocht worden met name in de gezondheidszorg, de dienstverlenende sector en het onderwijs.”</p>
Burnout	Stichting Burnout http://www.burnout.nl/watisburnout/watisburnout.htm	<p>“Burnout is een toestand (of dreiging van) emotionele uitputting naar aanleiding van menselijke interactie. Gecombineerd met verschijnselen van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - depersonalisatie/cynisme (anderen als negatief subject of object zien) - verminderd vertrouwen in persoonlijke competentie. <p>De emotionele uitputting, en wel naar aanleiding van een ervaren overlast met betrekking tot medemensen, is kenmerkend.”</p>

Tabellen bij hoofdstuk 4 Diagnostiek

Tabel 4.1 Checklists voor diagnostiek

Checklist voor gestructureerd interview	Referentie	Definitie of omschrijving	COTAN-beoordeling en verkrijgbaarheid (Commissie Test Aangelegenheden Nederland van het NIP; Evers et al. 2000).
Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen (Van der Klink et al. 2007)	Op enkele punten hebben wij een aanpassing gemaakt. (1) de bepaling of er sprake is van overspanning hebben wij aangescherpt met de definitie overspanning/burnout zoals die is uitgewerkt in deze richtlijn (2) met participatie bedoelen wij zowel betaald als onbetaald werk en maatschappelijke activiteiten.	De vijf onderdelen zijn: ‘Klachten en functioneren’, ‘Oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren en de levensgebieden (omgevingssystemen, zoals werkomgeving, privé-omgeving, zorgomgeving) waarbinnen die factoren spelen’, ‘Belastbaarheid/verwerkingsvermogen van de patiënt’, ‘Visie van de patiënt en van de omgeving’, ‘Werkhypothese’	COTAN-beoordeling: niet van toepassing Verrijgbaarheid: www.nvab-online.nl
Blonk et al. (2006) Checklist werkstress en overspanning. weergegeven.	Checklist opgesteld waarin niet wordt ingegaan op de klachten, maar waarin wel de belangrijkste knelpunten die aanleiding kunnen geven voor werkstress of overspanning de revue passeren.	Knelpunten die worden gecheckt (ja/nee) zijn: ‘Taak- en bedrijfsorganisatie’ (14 items), ‘Werk- en rusttijden’ (9 items), ‘Mentale belasting’ (18 items), ‘Emotionele belasting’ (12 items).	

Tabel 4.2 Gestructureerde interviews en checklists

Vragenlijsten	Referentie	Definitie of omschrijving	COTAN-beoordeling en verkrijgbaarheid
BurnOut-Neurasthenie Klachtenschaal (BO-NKS; Verbraak et al. 2008)	De BO-NKS kan echter de mensen met burnout niet onderscheiden van mensen met een andere psychische stoornis (Verbraak et al. 2008). Ook kan de vraag gesteld worden of het construct van 'klinische burnout' iets wezenlijks toevoegt aan het concept overspanning.	Hoogduin, Schaap en Methorst (1996) stellen klinische burnout voor als een samenvoeging van het cluster van symptomen aangeduid als neurasthenie en enkele vaker beschreven kenmerken van burnout zoals uitputting. De BO-NKS is het resultaat van een vertaalslag van dit construct naar een vragenlijst om de ernst te meten.	COTAN-beoordeling: niet beoordeeld. De testbetrouwbaarheid is goed tot zeer goed. Verkrijgbaarheid: kosteloos bij M. Verbraak (HSK groep). Link: http://www.hsk.nl
Checklist Individuele Spankracht (CIS; Vercoulen et al. 1994; Beurskens et al. 2000);	De CIS is een vragenlijst die subjectieve vermoeidheid en gedragsaspecten die hieraan gerelateerd zijn meet.	Deze lijst onderscheidt vier subfactoren; 'Ernst van de ervaren vermoeidheid' (8 items), 'Concentratie' (5 items), 'Motivatie' (4 items) en 'Lichamelijke activiteit' (3 items). De psychometrische eigenschappen van de CIS zijn goed.	COTAN-beoordeling: niet beoordeeld. Verkrijgbaarheid: kosteloos bij het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid. Link: http://www.umcn.nl/professional/
Overspanningsklachtenlijst (OK; Schmidt 2001)	Acht van de 22 items blijken het sterkst bij te dragen -hebben de grootste factorlading- aan deze dimensie en worden door de auteur gerekend tot het kernconcept van overspanning. Op basis van onderzoek wordt een afkapwaarde van 20 gehanteerd voor de optelsom van de acht kernitems als ondergrens om, in combinatie met informatie uit de anamnese, de diagnose en aanvullende meetinstrumenten overspanning te kunnen stellen.	De OK bestaat uit 22 representatieve items van klachten die gebaseerd zijn op een volledige inventarisatie van chronische stressklachten: 'Vergeetachtigheid', 'Geen plezier meer beleven aan dagelijkse dingen', 'Zich niet in staat voelen problemen aan te pakken', 'Interesseverlies', 'Minder presteren', 'Het niet meer aankunnen', 'Moeite hebben met helder denken' en 'Concentratieproblemen'.	COTAN-beoordeling: niet beoordeeld. Verkrijgbaarheid: Te bestellen bij de auteur voor 60 euro, eenmalige aanschafkosten, waarna voor eigen gebruik gekopieerd mag worden. Link: a.j.m.schmidt@home.nl
Utrechtse Burnout Schaal (UBOS; Schaufeli & Van Dierendonck 2000);	Op basis van het beschikbare onderzoek is de conclusie dat de UBOS burnout goed in kaart brengt. Ten aanzien van de UBOS in het diagnostisch proces zijn wel enkele kanttekeningen te maken. Het lijkt onverstandig om de 'diagnose' burnout vast te stellen op basis van de UBOS alleen.	De UBOS is gebaseerd op de Maslach Burnout Inventory (MBI) en meet 3 dimensies van burnout, te weten 'Emotionele uitputting', 'Distantie' en 'Verminderde competentie'. Er bestaan 3 versies van de UBOS: de UBOS-C specifiek voor contactuele beroepen, de UBOS-L specifiek voor leraren en de UBOS-A, een algemene versie. Het aantal items per dimensie verschilt per versie.	COTAN-beoordeling: de uitgangspunten bij de testconstructie van de UBOS en de kwaliteit van het testmateriaal als goed; de kwaliteit van de handleiding; de normen en de betrouwbaarheid als voldoende; en de begrips- en criteriumvaliditeit als goed. Verkrijgbaarheid: tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: http://www.pearson-nl.com/

<p>Depressie-Angst-Stress-Schaal (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995)</p> <p>Verkorte versie DASS (Henry & Crawford, 2005).</p>	<p>Een pluspunt voor de DASS ten opzichte van de 4DKL is dat de DASS eenvoudiger en sneller te scoren is. Als we de schaal Stress van de DASS vergelijken met de schaal Distress van de 4DKL dan valt op dat de eerste meer alledaagse stresssymptomen bevat en de schaal Distress van de 4DKL meer de typische klachten van overspanning bevat. Als instrument om routinematig angst- en depressie uit te sluiten is de DASS zeer geschikt. Vanwege het ontbreken van onderzoek en op basis van beoordeling van de items van de schaal Stress van de DASS wordt geconcludeerd dat deze schaal hiervoor (nog) niet geschikt is als hulpmiddel bij de diagnostiek van overspanning.</p>	<p>De DASS bevat 3 schalen van elk 14 items. Er bestaat ook een verkorte versie van de DASS die in totaal 21 items telt die wat psychometrische eigenschappen nauwelijks onderdoet voor de 42-item versie (Henry & Crawford, 2005). De stressschaal is helaas niet onderzocht in het onderzoek van Croon e.a.</p>	<p>COTAN-beoordeling: niet beoordeeld.</p> <p>Verkrijgbaarheid: kosteloos te downloaden.</p> <p>Link: http://www.psynip.nl/upload2/projecten/instrument_dass21.pdf</p>
<p>Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL; Terluin 1996);</p>	<p>Als diagnostisch hulpmiddel bij de diagnostiek van psychische klachten in het algemeen en overspanning in het bijzonder wordt zowel in de richtlijn van de bedrijfsartsen als die van de huisartsen de 4DKL (Terluin 1996) aanbevolen (Romeijnders et al. 2005). De toegevoegde waarde voor de klinische praktijk is dat de 4DKL kan helpen bij het onderscheiden van distress, angst, depressie en somatisatie. Als screeningsinstrument is de 4DKL zeer geschikt.</p>	<p>De 4DKL heeft als doel distressklachten te onderscheiden van depressie, angst en somatisatie. De vragenlijst bestaat uit 50 items; 16 items voor 'Distress', 6 items voor 'Depressie', 12 items voor 'Angst' en 16 items voor 'Somatisatie'. Een hogere distress-score (> 20) in combinatie met relatief lage scores voor depressie, angst en somatisatie is indicatief voor overspanning.</p>	<p>COTAN-beoordeling: de uitgangspunten bij de testconstructie en de begripsvaliditeit zijn als goed beoordeeld; de kwaliteit van het testmateriaal, de betrouwbaarheid en de criteriumvaliditeit zijn als voldoende beoordeeld; de kwaliteit van de handleiding en de normen zijn als onvoldoende beoordeeld.</p> <p>Verkrijgbaarheid: kosteloos bij het EMGO instituut. In diverse talen.</p> <p>Link: http://www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp</p>
<p>Vragenlijst Arbeids-Reïntegratie (VAR; Vendrig 2005)</p>	<p>De items (13) van de Distress-schaal van de VAR komen voor een deel overeen met de items (16) van de Distress-schaal van de 4DKL. De Distress-schaal van de VAR bevat meer items over moeheid dan de Distress-schaal van de 4DKL en de OK. De Distress-schaal van de VAR is niet geconstrueerd om een zo zuiver mogelijke meting te verzorgen van overspanning zoals de OK, maar is meer bedoeld om een globale indruk te krijgen van de aanwezige psychische spanning in een individu, dat wil zeggen het meten van de aspecifieke stresscomponent. De toegevoegde waarde van de VAR lijkt vooral uit te gaan naar het in kaart brengen van de mogelijke stressbronnen.</p>	<p>De VAR telt 78 items verdeeld over acht schalen: 'Distress', 'Klachteninterferentie', 'Werkdruk', 'Weinig regelmogelijkheden', 'Arbeidsonvrede', 'Vermijding/onzekerheid', 'Perfectionisme/ijverigheid', en 'Belastende thuissituatie'.</p>	<p>COTAN-beoordeling: niet beoordeeld. De psychometrische eigenschappen van de VAR zijn goed tot zeer goed (Vendrig 2005).</p> <p>Verkrijgbaarheid: kosteloos bij de auteur.</p> <p>Link: http://www.vendrig.praktijkinfo.nl</p>

Tabel 4.3 Vragenlijsten: Overspanning en burnout klachtenlijsten (meten van toestandsbeeld)

Algemene klachtenlijsten	Referentie	Definitie of omschrijving	COTAN-beoordeling en verkrijgbaarheid
Symptom Checklist-90 (SCL-90, Arrindell, & Ettema, 1986, 2003)	SCL-90 bevat geen afzonderlijke schaal voor specifieke psychische klachten, ofwel 'distress' die zo kenmerkend zijn voor overspanning. Ze is wel behulpzaam bij het in kaart brengen van specifieke psychische stoornissen zoals een angststoornis en een depressieve stoornis.	De SCL-90 meet de mate waarin iemand gedurende de afgelopen week last heeft gehad van bepaalde psychische en lichamelijke klachten. Bestaat uit 90 items over acht schalen: 1. Angst; 2. Agorafobie; 3. Depressie; 4. Somatische klachten; 5. Insufficiëntie van denken en handelen; 6. Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit;	COTAN-beoordeling: niet beoordeeld. Zie artikel van Beurs, E. de, Zitman, F.G., (2006) over betrouwbaarheid en validiteit van het instrument. Verkrijgbaarheid: bij auteur E. de Beurs via NVVP: I.hilhorst@nvvp.net
Brief Symptom Inventory (BSI; Beurs, 2006).	De BSI bevat geen afzonderlijke schaal voor specifieke psychische klachten, ofwel 'distress' die zo kenmerkend zijn voor overspanning. Ze is wel behulpzaam bij het in kaart brengen van specifieke psychische stoornissen zoals een angststoornis en een depressieve stoornis.	BSI: selectie uit SCL-90-R items; 2 groepen	COTAN-beoordeling: Betrouwbaar bevonden: goede interne consistentie. Geschikt bevonden om potentiële psychiatrische patiënten onder bevolking te detecteren. Diverse positieve aanwijzingen voor validiteit: goede divergente en discriminerende factoren. Verkrijgbaarheid: tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: http:// www.pearson-nl.com /

Tabel 4.4 Vragenlijsten: Algemene klachtenlijsten

Vragenlijsten	Referentie	Definitie of omschrijving	COTAN-beoordeling en verkrijgbaarheid
Job Content Questionnaire (JCQ; Karasek et al. 1998; Houtman, 1995);	Het voordeel van de JCQ is dat deze gebaseerd is op een gangbare theorie over werkstress, het Job Demand Control Support model van Karasek, waar veel onderzoek naar is gedaan. Nadeel van de JCQ is dat er alleen normgegevens zijn van gezonde werknemers, waardoor interpretatie bij overspannen werknemers enigszins bemoeilijkt wordt. Met de JCQ kan de door de werknemer waargenomen zwaarte van het werk, de regelmogelijkheden en sociale steun op het werk in kaart worden gebracht.	De JCQ bevat vijf schalen; 'Psychologische taakeisen', 'Sturingsmogelijkheden', 'Ondersteuning door leidinggevende', 'Ondersteuning door collega's' en 'Lichamelijke taakeisen'.	COTAN-beoordeling: niet beoordeeld. Uit onderzoek blijkt dat de JCQ betrouwbaar is en samenhangt met een aantal gezondheidsvariabelen en werkvariabelen (Doef & Van der Maes, 1999). Verkrijgbaarheid: kosteloos bij I. Houtman, TNO Arbeid. Link: http://www.arbeid.tno.nl

Job Stress Survey (JSS; Spielberger & Vagg 1999; Wolff et al. 2002);	De JSS meet een klein facet van het totale spectrum van de psychosociale arbeidsbelasting en lijkt om die reden minder geschikt als screeninginstrument in de eerste lijn.	De JSS meet twee aspecten van de arbeidssituatie die werkstress kunnen veroorzaken, namelijk 'Werkdruk' en 'Sociale steun'. De JSS telt 30 items. Daarnaast wordt een totaalscore voor 'Werkstress' berekend die voor tweederde uit items van deze beide schalen bestaat.	COTAN beoordeling: betrouwbaarheid en testmateriaal goed en op alle andere onderdelen onvoldoende. Verkrijgbaarheid: tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: http://www.pearson-nl.com/
Sociale Veiligheidsindex (SVI; Verschuren 2009)	Een van de stressoren die kunnen leiden tot stressreacties en uiteindelijk overspanning zijn gevoelens van onveiligheid. De term 'sociale veiligheid binnen de werkomgeving' verwijst naar de bescherming of het zich beschermd voelen tegen gevaar dat veroorzaakt wordt door of dreigt van de kant van menselijk handelen in relatie tot het uitoefenen van arbeid. De grote meerwaarde van de SVI is dat deze lijst een tot nu toe bestaande leemte opvult in het onderzoek naar stressbronnen bij bedrijven.	De SVI telt 154 items verdeeld over 5 hoofdschalen: 'organisatiekenmerken', 'incidenten', 'wijze van hanteren', 'gevolgen' en 'beleidsmaatregelen'. Iedere hoofdschaal bestaat uit een aantal subschalen.	CCOTAN beoordeling: nog niet aangemeld. Verkrijgbaarheid: tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: http://www.pearson-nl.com/
Vragenlijst Arbeids-Reïntegratie (VAR; Vendrig 2005, 2007);	Omvang en meetbereik van de test zijn gunstig. De VAR lijkt om die reden een geschikt instrument te zijn voor de eerste lijn om een idee te krijgen van de contextfactoren bij overspanning. Het doel van de VAR is globale screening van de totale psychosociale arbeidsbelasting, en in het verlengde hiervan, van de werknemers die kortdurend verzuimen diegenen te selecteren die een groot risico lopen langdurig te gaan verzuimen.	De VAR telt 78 items verdeeld over acht schalen: 'Distress', 'Klachteninterferentie', 'Werkdruk', 'Weinig regelmogelijkheden', 'Arbeidsonvrede', 'Vermijding/onzekerheid', 'Perfectionisme/ijverigheid', en 'Belastende thuissituatie'.	COTAN-beoordeling: niet beoordeeld. Verkrijgbaarheid: kosteloos bij de auteur. Link: http://www.vendrig.praktijkinfo.nl
Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA; Veldhoven & Meijman, 1994; Veldhoven et al. 2002);	De normgegevens van de VBBA hebben betrekking op populaties gezonde werknemers. Negatieve affectiviteit blijkt voor confounding te zorgen in de relatie tussen beoordeling van psychosociale oorzaken en gerapporteerde stressreacties (Kwaastent 1993). Beoordeling van de VBBA bij individuele patiënten kan zo gemakkelijk tot overschatting van de ernst van de psychosociale oorzaken leiden. De kracht van de VBBA lijkt met name te zitten bij beoordeling van de psychosociale arbeidssituatie op groepsniveau.	De VBBA is een instrument dat psychosociale arbeidsbelasting en werkstress meet. De schalen en losse vragen zijn gegroepeerd rond de thema's: 'Taakeisen', 'Veelzijdigheid van het werk', 'Regelmogelijkheden in het werk', 'Sociaal-organisatorische aspecten', 'Arbeidsvoorwaarden', 'Welbevinden en spanning'. De VBBA is een uitgebreide vragenlijst met schalen en losse vragen. De complete VBBA omvat 201 vragen verdeeld over 27 schalen met 42 aanvullende losse vragen. De verkorte versie (VBBA-kern) omvat 108 vragen en 14 schalen.	COTAN-beoordeling: de betrouwbaarheid en validiteit van de VBBA zijn als goed en voldoende beoordeeld, de normen van de VBBA zijn als onvoldoende beoordeeld. Verkrijgbaarheid: tegen betaling bij SKB. Link: http://www.skbs.nl

Work Addiction Risk Test (WART; Robinson & Philips 1995, Taris et al. 2003).	Hoge scores op de WART zijn geassocieerd met psychische vermoeidheid (Taris et al. 2003). Vanwege de veronderstelling dat werkverslaving het risico op overspanning/burnout en het risico op terugval na overspanning vergroot, lijkt de Nederlandse WART een toegevoegde waarde te hebben.	De Nederlandse WART bestaat uit 25 uitspraken die betrekking hebben op 5 aspecten van werkverslaving, te weten (1) 'Dwangmatig gedrag', (2) 'Controlebehoefte', (3) 'Onvermogen om te delegeren', (4) 'In zichzelf opgaan/communicatieproblemen' en (5) 'Resultaatgerichtheid'.	COTAN-beoordeling: niet beoordeeld. Verkrijgbaarheid: de WART is opgenomen in de publicatie van Taris et al. (2003). Auteur verwijst naar de website van zijn collega, prof.dr. W. Schaufeli (www.schaufeli.com), alwaar verschillende versies/vertalingen van de betreffende lijst gedownload kunnen worden, alsmede relevante literatuur.
--	---	---	---

Tabel 4.5 Vragenlijsten: Meten van contextfactoren bij overspanning

Algemene klachtenlijsten	Referentie	Definitie of omschrijving	COTAN-beoordeling en verkrijgbaarheid
Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, Van de Willige, Tellegen & Brosschot, 1993)	Om tot een goede beoordeling te komen van de overspannen patiënt dient de Eerstelijnspsycholoog of arts ook enig zicht te krijgen op relevant copinggedrag en de persoonlijkheid van de betrokkene. Copinggedrag kan een beslissende rol spelen bij het ontstaan van de overspanning en meestal zal de patiënt iets moeten gaan doen met deze kwetsbaarheden om een toekomstige episode van overspanning te voorkomen. Een korte copinglijst zoals bijvoorbeeld de UCL kan een eerste beoordeling van de overspannen patiënt meer compleet maken.	De UCL is een vragenlijst die meet hoe mensen over het algemeen met problemen omgaan..De 47 items van de UCL zijn verdeeld over de volgende zeven schalen: 1.actief aanpakken, 2. Palliatieve reactie, 3.Vermijden , 4.Sociale steun zoeken 5. Passief reactiepatroon, 6. Expressie van emoties 7.Geruststellende gedachten.	COTAN-beoordeling: De herziene UCL schalen (1993) hebben een redelijke interne consistentie. Uit correlaties met andere tests werden voor alle subschalen diverse aanwijzingen gevonden voor begripsvaliditeit. Verkrijgbaarheid: tegen betaling bij testuitgever Pearson. Link: http://www.pearson-nl.com/

Tabel bij hoofdstuk 5 Begeleiding en behandeling

Onderzoek	Setting	Patëntenselectie	Interventie (I)	Controle (C)	Aantallen partcipanten (I/C)	Follow up	Uitkomst	Resultaat	Bijzonderheden
Stubhaug et al., 2008 (Noorwegen)	psychosomatische moeheids- polikliniek / huisartsenpraktijk	neurasthenie (ICD-10), uit: verwezen patiënten met hoofdklacht moeheid / wachtkamer- screening in HAP gem. leeftijd 46	Mirtazapine 15-45 mg dd, 12 weken	placebo- medicatie	25/24	12 wkn	GBE FSS HDRS	p 0,046 NS NS	Drie-armige trial: ook een CGT-arm
Kuroda et al., 2007 (Japan)	bevolking	gezonde vrijwilligers met hoge moeheidsscore (POMS); gem. leeftijd 40	dried-bonito broth poeder in capsules, 4 weken	identiek uit- ziende placebo- capsules	24/24	4 weken	POMS	NS	Bonito is vis die gerookt en gedroogd wordt tot "dried-bon- ito" dat gebruikt wordt als basis voor soepen en sausen.
Tang et al., 2005 (Singapore)		neurasthenie (ICD-10)	Ganoderma lucidum extract in capsules, 8 weken	identiek uit- ziende placebo- capsules	62/61	8 weken	GBE GBV VAS - moeheid - welbevinden	p 0,0181 p 0,0189 p 0,021 p 0,0215	Ganoderma lucidum is een kruid
Woelk et al., 2006 (Duitsland)	diverse specialistische praktijken (neurologie, interne geneeskunde, psychiatrie) en huisartsenpraktijken	gegeneraliseerde angststoornis en aanpassingsstoornis met angstige stemming (DSM-III-R-criteria); gem. leeftijd 47	A. Ginkgo biloba extract, 40 mg dd B. Ginkgo biloba extract, 80 mg dd	placebo- medicatie	36/34/37	29 dagen	HARS (EB) GBV (ZB) EAAS B-L	A: p 0,01 B: p 0,0003 A: p 0,008 B: p 0,0001 A: p 0,02 B: p 0,004 A: NS B: p 0,0006	

Tabel 5.1 Medicamenteuze therapieën

Onderzoek	Setting	Patiëntenselectie	Interventie (I)	Controle (C)	Aantallen participanten (I/C)	Follow up	Uitkomst	Resultaat	Bijzonderheden
De Vente et al., 2008 (NL)	bedrijfsgeneeskund. praktijk (n=62), huisartsen-praktijk (n=7), bevolking (n=13)	neurasthenie (ICD-10) én werkstress als belangrijkste probleem én ziekteverzuim tussen 2 weken en 6 maanden; gem. leeftijd 41	A. op CGT gebaseerde stressmanagement-training, individueel (12 sessies van 1 uur); B. idem, groepsgewijs (12 sessies van 2 uur); begeleid door Eerstelijns psycholoog, totaal ?? weken	GZ (huisarts en bedrijfsarts)	28/28/26	4, 7, 10 mnd	MBI (ZB) CIS (ZB) DASS (ZB) ziekteverzuim (ZB)	NS NS NS NS	Er is een (niet significante) trend tot tragere werk-hervatting in de SMT-groepen ondanks speciale aandacht voor werkherhvatting
Blonk et al., 2006 (NL)	inkomens-verzekeraar	ondernemers die arbeidsongeschikt waren t.g.v. psychische klachten gem. leeftijd 42	A. CGT, 11 sessies van 45 min. in 6 weken, uitgevoerd door psychologen B. stressmanagementtraining en adviezen t.a.v. werk en werkherhvatting, 5-6 sessies van 2 uur in 3 weken, uitgevoerd door arbeidsdeskundigen	GZ (huisarts als controlerend geneeskundige)	40/40/42	4, 10 mnd	DASS (ZB) MBI (ZB) ziekteverzuim (EB)	NS NS B>A/C mediane duur tot volledige werkherhvatting: 329/122/320 dgn	Van de doelgroep had 35% interesse in deelname
Nystuen et al., 2006 (Noorwegen)	sociale zekerheid/huisartsenpraktijk	werknemers die >7 weken verzuimden wegens psychische klachten: ICPC-codes: A01, A04, P (exclusie: P70-73, P77, P80, P98), gem. leeftijd 44	“Road Ahead” cursus (individueel of groepsgewijs) gebaseerd op solution-focused werken, 8 sessies van 3-4 uur in 8 weken (oplossingsgericht werken)	GZ	25/15	12 mnd	totale verzuimduur in 12 mnd (EB) SF-36 (ZB) -sociaal fu. -mentaal fu -andere schalen	NS ES 0,62, p 0,067 ES 0,71, p 0,041 NS	Van de doelgroep had 15% interesse in deelname

Brouwers et al., 2006 (NL)	huisartsenpraktijk	diagnose "overspanning", én betaald werk, én ziekteverzuim <3 mnd; gem. leeftijd 40	gestructureerde activerende probleem-oplossende begeleiding, 5 sessies van 50 min., uitgevoerd door algemeen maatschappelijk werkers	GZ	98/96	3, 6, 18 mnd	duur ziekteverzuim tot volledige werkhervatting HADS 4DKL SF-36	NS NS NS NS	56% van de deelnemers had een milde depressieve stoornis of een GAS
Bakker et al., 2007 (NL)	huisartsen-praktijk (spreekurbezoekers werden achteraf per post gescreend)	distress, én betaald werk, én ziekteverzuim <3 maanden; gem. leeftijd 41	de interventie bestond uit een training voor huisartsen in het uitvoeren van de "minimale interventie strategie voor surmenage" (MISS) waarna de behandeling van de patiënten aan de huisartsen werd overgelaten	GZ	227/206	3-6, 12 mnd	duur ziekteverzuim tot volledige werkhervatting 4DKL	NS NS	Het betreft een heterogene groep patiënten met spanningsklachten en ziekteverzuim. De MISS werd zeer onvolledig toegepast. In de MISS-groep was de diagnose surmenage (42% van alle patiënten) geassocieerd met snellere werkhervatting dan in de controlegroep (HR 1.72, p 0,005)
Willemse et al., 2004 (NL)	huisartsenpraktijk (screening van wachtkamerpatiënten)	"subthreshold depression" volgens Instel screen/CIDI; gem. leeftijd 41	"minimal contact psychotherapy" gebaseerd op de cursus "Coping with Depression" (Ned: "In de put, uit de put"): een zelfhulp boek, 1 gesprek met een preventie-specialist of clinicus, en 6 telefonische contacten van 15 min. in 4 maanden	GZ	107/109	4, 12 mnd	CES-D SF-36 - fysiek fu. - mentaal fu - andere schalen	ES 0,18, p 0,032 ES 0,21, p 0,047 ES 0,27, p 0,027 NS	Alle statistische toetsen zijn éézijdig uitgevoerd; bij standaard tweezijdige toetsing zouden de resultaten niet meer voldoen aan het criterium van statistische significantie.

Nickel et al., 2007 (Duitsland?)	bevolking (werving door advertenties)	subjectieve overbelasting in het werk in afgelopen 3 mnd; gem. leeftijd 33	Op CGT gebaseerde cursus "Stress und Stress-bewältigung", 16 groepsessies van 90 min. in 8 weken, uitgevoerd door "therapeuten"	Placebo-behandeling: praten over lopende zaken in groeps-sessies van 90 min. 2 keer per week	36/36	8 wkn	TICS STAXI SF-36	alle 9 schalen: p<0,05 4 van de 5 schalen: p<0,05 7 van de 8 schalen: p<0,05	De primaire uitkomsten in dit onderzoek waren bloeddruk en ochtend-cotisolwaarden in speeksel: ook hier een positief effect: p<0,001
----------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	-------	-------	------------------------	--	--

Toelichting bij tabellen 5.1 en 5.2

Afkortingen: 4DKL: Vierdimensionale Klachtenlijst; BBI: Bergen Burnout Indicator BDI: Beck Depression Inventory; C: controlegroep; CAS: Covy Anxiety Scale; CGT: Cognitieve Gedrags Therapie; CID: Clinical Interview for Depression; DASS: Depression Anxiety Stress Scale; DDT: Depression Description Test; DHP: Duke Health Profile; DIS: Diagnostic Interview Schedule; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EB: externe beoordeling; ERIO: Effort-Reward Imbalance Questionnaire; FSS: Fatigue Scale Score; GBE: globale beoordeling van de ernst; GBV: globale beoordeling van verbetering; GHQ: General Health Questionnaire; GZ: gebruikelijke zorg; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; HSCL: Hopkins Symptom Checklist; I: interventiegroep; ICD: International Classification of Diseases; IDS: Inventory of Depressive Symptomatology; MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MFI: Multidimensional Fatigue Inventory; MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI-dep: depressie schaal; MMPI-hea: health anxiety schaal; MOS-DSI: Medical Outcome Study Depression Screening Inventory; NS: niet significant; NR: na randomisatie; NV: niet vermeld; POMS: Profile of Mood States; PSI: Problem Solving Inventory; PST: Problem Solving Therapy; PSQ: Perceived Stress Questionnaire; RDC: Research Diagnostic Criteria; RTAS: Raskin Three Area Depression Scale; SCL: Symptom Checklist; SF-36: Medical Outcomes Study Short Form 36 items; SIS: Sheehan Incapacitation Scale; SP: Stress Profile; SPI: Standardized Psychiatric Interview; SSS: Symptom Severity Score; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; TICS: Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress; UBOS: Utrechtse Burnout Schaal; VA: voor analyse (aantallen proefpersonen na randomisatie niet vermeld); VAS: Visual Analog Scale; ZB: zelfbeoordeling; Zung: Zelfbeoordelings Depressieschaal van Zung.

Tabel bij hoofdstuk 6 Prognostische factoren voor functieherstel

Eerste auteur	Type onderzoek	Mate van bewijs	Inclusiecriteria	Effectmaat	Resultaat
Blank et al, 2008 (UK)	Systematische Review	A1	Publicaties van 1985 – 2005 m.b.t leeftijdsgroep 18-65 jaar, uitkomstmaat RTW, Engels geschreven, bestaand verzuim bij aanvang onderzoek < 6 mnd, poor mental health exclusie; editorials, samenvattingen, individuele casus studies, andere talen, verzuim > 6 mnd, geen info over RTW	Terugkeer naar werk, baanverlies	De diversiteit in de studies en het gemis aan expliciete informatie is te groot om conclusies te trekken over de significantie van de respectievelijke onderzochte prognostische factoren
Dekkers-Sánchez et al, 2008 (Nederland)	Systematische Review	A1	- cohort studies waarbij doelgroep werkenden betrof > 18 jr die bij start van cohort >6 weken verzuimden - relatie beschreven werd van gemeten factoren at baseline en lang verzuim of terugkeer naar werk	- factoren gerelateerd aan langdurig verzuim - sterk bewijs indien 3 studies eenzelfde associatie vinden of > 3 studies waarin 66% een associatie vinden en <25% een tegengesteld verband vindt - zwak bewijs indien 2 studies een zelfde associatie vinden of 3 studies waarin 2 een zelfde associatie vinden en de derde niet tegensprekt - onvoldoende bewijs wanneer slechts één studie een verband aantoon - inconsistent bewijs voor de overige situaties	- onvoldoende bewijs (insufficiënt) voor 14 van de 16 factoren - zwak positief bewijs voor leeftijd (hogere leeftijd, langer verzuim, dus later RTW) en verzuimgeschiedenis (eerder verzuim, langer verzuim dus later RTW) - er bestaan geen studies naar de relatie tussen factoren die verzuim laten voortduren (perpetuatie)

Leone et al, 2007 (Nederland)	Overeenkomst, overlap en verschil tussen burnout en chronische vermoeidheid	Observationele studie	C	- data van 12.140 deelnemers aan de Maastricht Cohort Study excl: CVA, leverfunctiestoornissen, DM, hyperthyriodie, kanker	Mei 1998 * CIS; totale score >76= vermoeid, >34 op subj vermoeidheidschaal = subj vermoeid * MBI-GS: score > 75th percentiel op uitputting én ofwel > 75th percentiel op cynisme dan wel <25 percentiel op professionele efficacy	CIS, MBI-GS, GHQ-12, zelf-rapportage chronische condities, SF-36, zelf-rapportage; werkuren, rooster, leidinggevende positie, verzuim JCC	- CIS en MBI-GS hebben een matig discriminerend vermogen - cases met chronische vermoeidheid en burnout kennen grote overlap - chronische vermoeidheid en burnout kunnen samen voorkomen - RTW is meest negatief voor samen-voorkomende vermoeidheid en burnout
Leone et al, 2008 (Nederland)	Vergelijkend onderzoek van beloop bij burnout en chronische vermoeidheid	4jr durend prospectief cohort onderzoek	Az	- 1207 deelnemers: 485 'pure vermoeidheidscases', 296 'pure burnout', 426 'burnout en vermoeidheid' - excl CVA, leverfunctiestoornissen, DM, hyperthyriodie, kanker	* FU 12, 24 en 48 maanden na baseline * indeling in groepen op basis van CIS, MBI-GS (idem aan studie Leone et al 2007) * correcties voor leeftijd, gender, opleidingsniveau	- klachten - verzuim (ongeacht geheel of deels)	- beste kans op volledig herstel bestaat voor de 'pure burnout' (40%) - grootste kans op langdurig/ chronisch verloop en lang verzuim bestaat voor het gecombineerd samengaan van burnout en vermoeidheid (29%)
Nieuwenhuijsen et al, 2004 (Nederland)	Is het gedrag van de leidinggevende een voorspellende factor voor RTW bij wn die verzuimen door psychische problemen	Beschr cohort	B	werknemers < 6 weken verzuim door psychische problemen	85 leidinggevendenden van 85 werknemers lg: FU 6 mnd tel. Interview wn: FU 3, 6 ,12 mnd vragenlijsten Inclusie: Mrt 2001 – febr 2002	- aantal dagen tussen verzuim en volledige terugkeer in werk (qua werkuren) - tijd tot gedeeltelijke werkherwinning (ongeacht het aantal uren, de eerste terugkeer in werk)	- betere communicatie tussen lg en werknemer bij verzuimers door lichte psychische problemen (geen depressie) resulteert in snellere RTW
Nieuwenhuijsen et al, 2004 (Nederland)		Beschr Cohort	B	Verzuim door common mental disorders, alleen tijdens 1e consult met OP beschikbare informatie van de 4 onderzochte factoren werd meegewogen	188 werknemers (102 onderwijzers), 1 jr FU, en de invloed van 4 factoren werden getoetst op basis van een Cox-regressie analyse	Terugkeer naar werk en de sterkte van de voorspellende waarde voor terugkeer naar werk binnen 3, 6 en 12 maanden van de 4 factoren	Verzuim duurt langer als: - leeftijd>50 jr - verwachte eigen terugkeer > 3mnd - hogere opleiding - aanwezigte depressie of angststoornis

<p>Øyeflaten et al, 2008 (Noorwegen)</p>	<p>Zijn dit prognostische factoren voor RTW na multidisciplinair vocational rehabilitation: fear-avoidance beliefs, ziekte-perceptie, subjectieve gezondheidsklachten, coping</p>	<p>Prospectief cohort onderzoek</p>	<p>B (geen zicht op controle voor confounding.)</p>	<p>Verzuimende werknemers die participeerden 4 wk durende op terugkeer in werk gericht revalidatietraject Gemotiveerd voor het revalidatieprogramma, intentie tot terugkeer in werk exclusie: serieuze psychiatrische stoornissen (welke?) en lopende verzekerings- of uitkeringsclaims</p>	<p>Follow-up 1 jaar. N=135 (87 f, 48 m), herfst 2002, uit naar revalidatie verwezen patiënten door GP, verzekering of bureaus voor de arbeidsmarkt Diagnosespreiding ICPG: 43.7% HB, 31.9% psychiatrisch 23% niet specifiek NB: > 50% meer dan 1 diagnose waarvan de helft zowel een diagnose in de HBgroep als de psygroep had</p>	<p>Return to work = terugkeer in enige vorm van arbeid. non-RTW = niet in enige vorm van werk SHCvragenlijst, IPQ-R, FABQ, GPSES, UCL, coping, Hopelessness, the Ladder of Life</p>	<p>- belemmerende overtuigingen gebaseerd op angst blijken sterk significante belemmerende factor voor RTW na 3 mnd FU (OR 3,8 CI 1,3-11,32) en na 12 mnd FU (OR 9,5 CI 2,4 - 37,53)</p>
<p>Holmgren et al, 2004 (Zweden)</p>	<p>Hoe ervaren verzuimende vrouwen (door stress) hun mogelijkheden en obstakels bij de terugkeer in werk</p>	<p>Focusgroep</p>	<p>C</p>	<p>20 vrouwen met werkgerelateerd verzuim (diagnose burnout, distress, vermoedheid), verzuim < 6 mnd</p>	<p>5 focusgroepen (3-6 dln) in discussie rondom 4 vragen herfst 2001 - welke obstakels voor RTW in de omgeving - welke mogelijkheden voor RTW in omgeving - welke mogelijkheden voor RTW in jezelf - welke obstakels voor RTW in jezelf</p>	<p>Analyse via methode van Krueger op thema's en dimensies</p>	<p>1e thema controleverlies - gebrek aan focus en richting in organisatie/ gebrek aan leiderschap - toename workload - weinig invloed op of participatie bij beslissingen - conflicten - hoge eisen aan zichzelf stellen - moeite met grenzen - grote verantwoordelijkheid - boven capaciteit werken - controleverlies 2e thema niet vinden van alternatieven (- op RTW) - veranderde werksituatie - gebrek aan begrip - gebrek aan sociale steun werk - onzekerheid over eigen vermogen 3e thema leven weer de baas worden (+ op RTW) - actief zijn / starten met zinvolle activiteiten - nieuwe keuzes maken/ heroriëntatie - initiatief ontloopen en participeren - sociale steun werk - sociale steun anderen en voorbeeldgedrag - herwinnen van zelfvertrouwen</p>

Schröer et al, 2005 (Nederland)	Zijn organisatiestructuur en -cultuur van invloed op RTW, verzuim en arbeidongeschiktheid	Prospectieve observatiecohort onderzoek	C	455 werknemers uit de Maastrichtse Cohort Study van 45 organisaties (groter dan 100 wn). verzuim >5 weken, arbeidscontract > 18 u /wk. Excl wn minder dan 1 jaar in dienst, uitzendpersoneel, zwangeren	Organisatieterminanten reeds bekend vóór verzuim van de deelnemers. verzuimmeldingen in de periode febr 1999 – april 2000 met verzuimduur > 5 wkn. 2 mnd interview tot 15 mnd na start verzuim	- return to work (geheel of gedeeltelijk) - pensioen / vut - ontslag - ao-uitkering	Zwak bewijs dat RTW beïnvloed wordt door type organisatie nl. slechter bij non-profit organisaties (OR 2,21 CI 1,16-4,2). Na aanpassing voor chronische ziekte en hoger voorkomen vermoeidheidsklachten resteert OR 2,09 CI 0,93-4,37 'inconclusive' voor andere onderzochte factoren
Wilford et al, 2008 (UK)	Ontwikkeling van een screenings-instrument om verzuim (> 5wkn) met het risico op werkverlies (falende terugkeer naar werk) te detecteren	Testen van vragen (uit review) in prospectieve studie (GP praktijk) en retrospectieve studie (OH dossiers)	C	- 141 verzuimers die hun GP bezochten met verzuim 6 – 18 weken - 741 dossier van verzuimers uit OH-bestand	Een literatuurreview levert concepten voor te stellen vragen. De vragen zijn (prospectief) gesteld in een GP-populatie verzuimers en dmv een retrospectief dossieronderzoek.	- falende terugkeer naar werk	5 vragen vormen het uiteindelijke screeningsinstrument. C-index 0,90 (0,5= geen voorspellende waarde, 1,0 = perfecte voorspellende waarde): - eigen assessment van de mogelijkheid tot RTW - de verwachting dat het huidige werk binnen 6 mnd weer gedaan kan worden - duur van verzuim in de voorgaande 12 mnd - leeftijd - wachten op een behandeling
De Rijk et al, 2009 (Nederland)	Zijn er ziektegerelateerde genderverschillen voor (blijvende) terugkeer in werk	Prospectief cohort onderzoek	B	- cohort studie met 119 > 1 mnd verzuimende werknemers, leeftijd 16 – 61 jaar, werken > 20 u per wk, werkzaam in sector met gendergemixte samenstelling, verzuim om lichte psychische problemen (stress, overspanning, burnout) of klachten van HBA	Onderzoek naar ziektegerelateerde genderverschillen in RTW en LRTW, verzuimers die hun OP bezochten tussen 1mei 2000 en 11 november 2000	- RTW = weer voor de eerste keer aan het werk (ongeacht aantal uren) - LRTW = RTW zonder hernieuwde uitval gedurende de onderzoeksperiode	- er is geen bewijs voor gender als prognostische factor op RTW - er is bewijs voor gender invloed op LRTW - vertraagde LRTW bij vrouwen wordt voorspeld door gebrek aan snel herstel, verandering van diagnose.

Van Rhenen et al, 2008 (Nederland)	Wat is de invloed van coping-stijlen op verzuim problem solving vs reactive-passive	Prospectief cohort, beschrijvend	B	- verzuimcijfers van 3628 wn werden gedurende 1 jaar na invullen UCL gevolgd (geen hernieuwde metingen) - allen werkzaam bij dezelfde organisatie, 91% man	Copingsstijl gemeten met verkorte UCL (19 items) Probleemgeoriënteerde coping: - actief op probleem oplossing - zoeken sociale steun - palliatieve reactie Reactieve passieve coping: - vermijdingsgedrag - uiten van emoties	- verzuimlengte (totaal verzuimde dagen in de studieperiode) - verzuimduur (gemiddelde duur per verzuimmelding) - verzuimfrequentie (nieuwe meldingen in studieperiode) - de 'median' tijd voordat nieuw verzuim optrad	- actief probleem georiënteerde coping heeft significant effect op verzuimduur : vermindert - sociale steun zoeken heeft sign effect op verzuimduur: vermindert - vermijdingsgedrag heeft sign effect op verzuimduur : verlengt
Nieuwen-huijsen et al, 2003 (Nederland)	Vaststellen van de begeleidingskwaliteit en checken of hogere kwaliteit leidt tot kortere verzuimduur	Retrospectief cohort onderzoek	C	- dossiers van de eerste 100 verzuimende werknemers met een verzuim a.g.v. aanpassingsstoornissen in de periode 1999 en 2000 die hun OP bezochten voor het 1e consult en 100% verzuimden. Er mochten geen psychiatrische stoornissen zijn (zoals depressie) of prominente somatische stoornissen	Kwaliteit van begeleiding werd gemeten a.h.v. 10 performance-indicatoren uit de NWAB-richtlijn (begeleiding door BA bij psychische klachten 2000) 1 jr FU. Performance indicatoren; continuïteit in de begeleiding, interventies gericht op andere zorgverleners 1e lijn, vaststellen van stagnatie in terugkeerproces, vaststellen van klachten, vaststellen van werkgerelateerde problemen, interventies gericht op de organisatie	- tijd tot terugkeer naar werk in relatie tot performance indicatoren	- optimale continuïteit van begeleiding bleek significant positief van invloed zowel op gedeeltelijke als volledige (snellere) terugkeer in werk en was onafhankelijk van de andere indicatoren - slechts 10% bood optimale begeleiding - de kwaliteit van de begeleiding was deels gerelateerd aan korter verzuimduur
Leone et al, 2008 (Nederland)	Vaststellen en vergelijken van prognostische factoren voor herstel bij burnout en chronische vermoeidheid	? prospectieve data	?	MCS deelnemers die bij baseline vermoeid en/of burnout hadden excl CVA, leverfunctiestoornissen, DM, hyperthyroidie, kanker, excl meer banen, excl <1 FU meting - 2356 deelnemers verdeeld in 3 groepen: pure vermoeidheid (geen burnout), pure burnout (geen vermoeidheid), burnout & vermoeid	* FU 12, 24 en 48 maanden na baseline * indeling in groepen op basis van CIS, MBI-GS (idem aan studie Leone et al 2007) * metingen met GHQ-12, vragen over attributies, SF-36 * correcties voor leeftijd, gender, opleidingsniveau	GHQ-12, Vragen over attributies, SF-36, VBBA (onderdelen), VAG	- er zijn verschillen in prognostische factoren tussen de groepen - werkfactoren spelen bij herstel van burnout een significante rol (it herstel bij vermoeidheid (al dan niet met burnout) - prognostische factoren voor herstel van burnout zijn lager level van uitputting, hogere professionele efficacy, afwezigheid van conflicten met collega's, dagrooster, voldoende leisure-time

Afkortingen

RCT: randomised Controlled Trail, FU: follow-up, RTW: return-to-work, SHC: Subjective Health Complaints Inventory, IPQ-R: Revised Illness Perceptions Questionnaire, FABQ: Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, GPSES: Perceived Self-Efficacy Scale, UCL: Utrecht Coping List, ICPC: International Classification of Primary Care, GP: general practitioner, PPV: positive predictive values, OH: occupational health, wn: werknemer, lg: leidinggevende, wkn: weken, mnd: maanden, LRTW: blijvende terugkeer in werk, dus geen terugval na initiele terugkeer in werk, HBA: houdings- en bewegingsapparaat, DWHQ: dutch work and health questionnaire, 4 DKL: vierdimensionale klachtenlijst, SCL-90: symptom Checklist-90 items.

Onderstaande informatiebronnen zijn actief op het moment van publiceren van deze richtlijn.

Clënten

www.kiesbeter.nl
www.detelefoongids.nl
www.psychischegezondheid.nl
www.mentaalvitaal.nl

Wetgeving

www.wetten.nl
www.arboportaal.nl
www.ciz.nl

Richtlijnen

www.artsennet.nl
www.cbo.nl
www.trimbos.nl

Mantelzorg

www.werkenmantelzorg.nl
www.mezzo.nl
www.qidos.nl
www.bmzm.nl
www.mantelzorggids.nl

Professionals

www.lve.nl
nhg.artsennet.nl
www.nvab-online.nl
www.psynip.nl
www.psychischenwerk.nl
www.lvg.org
www.nivel.nl
www.stecr.nl

Studenten

www.handicap-studie.nl

Behandeling

www.VGCT.nl

Statistiek

www.CBS.nl
www.NCVB.nl

Stepped care

Een behandeling moet patiënten niet zwaarder belasten dan nodig is. Dus als een depressieve patiënt al opknapt met een lichte behandeling, is het overbodig hem een intensievere te geven. In de praktijk komt het erop neer dat deze patiënten beter door hun huisarts behandeld kunnen worden dan in een ziekenhuis of kliniek. Pas als blijkt dat die lichte behandeling niet helpt, moet een behandelaar op een zwaardere therapie overstappen. Een patiënt gaat dan naar een specialist. Dat is grofweg wat er onder stepped care, of in goed Nederlands getrapte zorg, verstaan wordt. Bij ziektes als diabetes en hoge bloeddruk wordt dit principe al langer toegepast. In de ggz lijkt dit ook een vruchtbaar uitgangspunt voor een behandeling. Op verschillende plaatsen wordt er al mee geëxperimenteerd. (ZONMW: Geestkrachtrapport).

Eerstelijns zorg

Onder ‘eerstelijnszorg’ wordt verstaan: “het eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. Eerstelijnszorg fungeert als poortwachter naar de meer specialistische zorg in het ziekenhuis en de geestelijke gezondheidszorg”. Eerstelijnszorg heeft een generalistisch karakter, gericht op de mens in zijn omgeving, is nabij en laagdrempelig. Deze omschrijving is gebaseerd op zowel de intentieverklaring van een groot aantal eerstelijns partijen ter versterking van de eerste lijn, als op de definitie die VWS hanteert.

Eerstelijns psychologische zorg

Deze zorg, beschreven in de Zorgverzekeringswet, is een kort durende psychologische verstrekking in de basisverzekering. Een en ander staat staat los van de betreffende professional of organisatie die deze zorg kan leveren. In deze richtlijn wordt de eerstelijnspsycholoog beschouwd als de gekwalificeerde verstreker van deze zorg.

Eerstelijnszorg bij huisarts en bedrijfsarts

In deze richtlijn wordt niet de huisarts en bedrijfsarts als persoon bedoeld, maar de huisartsvoorziening (waarin naast de huisarts ook een praktijkondersteuner en doktersassistente werkzaam kunnen zijn) en de bedrijfsartsvoorziening (waarin naast de bedrijfsarts ook arboprofessionals werkzaam kunnen zijn). Op basis van bovenstaande definitie van eerstelijnszorg schreef de minister Hoogervorst op 8-2-2006 aan de NVAB: “Ik beschouw de bedrijfsarts wel degelijk als een belangrijk onderdeel van een integrale eerstelijnszorg”.

De professionals: eerstelijnspsycholoog, huisarts, bedrijfsarts

Een eerstelijnspsycholoog® is BIG geregistreerd aangevuld met een eerstelijnskwalificatie en/of postinitiële opleiding eerstelijnspsychologie (NIP) en lid van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). De eerstelijnspsycholoog heeft een nauwe samenwerking met de huisarts en bedrijfsarts, de lokale GGZ en maatschappelijk werk. Sinds 1 januari 2008 is de eerstelijns psychologische zorg opgenomen in het basispakket van de nieuwe ziektekostenverzekering. Dat betekent dat iedereen daar automatisch voor verzekerd is.

Huisarts is een BIG-geregistreerde beschermde titel. De huisarts heeft een nauwe samenwerking met bedrijfsarts en eerstelijnspsycholoog.

Bedrijfsarts is een BIG-geregistreerde beschermde titel. Om cliënten goede en betrouwbare voorlichting te verstrekken over aandoeningen, de gevolgen voor werk en wat de rol van de bedrijfsgezondheidszorg is maakt de NVAB, corresponderend met haar wetenschappelijke richtlijnen voor bedrijfsartsen, verschillende voorlichtingsproducten zoals informatiebrieven.

Cognitieve gedragstherapie

Gedragstherapie en cognitieve therapie zijn los van elkaar ontstaan. Bij cognitieve therapie wordt veel belang gehecht aan de invloed van denken op het gevoelsleven en het doen. In gedragstherapie staat het gedrag van de cliënt centraal. Problematisch gedrag wordt geïnventariseerd en beter passend gedrag wordt in oefeningen of door middel van huiswerk geoefend in een gezamenlijke onderneming van cliënt en eerstelijnspsycholoog. De laatste 10 jaar zijn beide therapievormen naar elkaar gegroeid en verweven geraakt. Tegenwoordig worden zij vaak in een naam genoemd. Er zijn verschillende soorten en vormen van cognitieve gedragstherapie. De meeste cliënten komen individueel maar de behandeling kan ook in groepen, met echt)paren of gezinnen. Een aantal bekende benaderingen uit de cognitieve gedragstherapie zijn: constructionele gedragstherapie, dialectische gedragstherapie, schema-gerichte cognitieve therapie, Rationeel-emotionele therapie (RET) Cognitive based mindfulness, Eye Movement Reprocessing Desensitization (EMDR) of oplossings gerichte gedragstherapie (VGCT 2009).